FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N° 243

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Alain, André, Charles VANET

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 19 Janvier 1936, à CAUDERAN (Gironde)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES KYSTES DE LA RACINE DU MESENTERE

Président : Monsieur C. DEBRAY (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS-VI^e^

1962

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année I962 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Alain, André, Charles VANET
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le I9 Janvier I936 à CAUDERAN (Gironde)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES KYSTES DE LA RACINE DU MESENTERE

-:-

Président : Monsieur C. DEBRAY (Professeur)

-:-

D.P.TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
I962

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BERNARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), GUILLAIN (G), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), OLIVIER (E), PETIT-DUTAILLIS (D), PASTEUR VALLERY-RADOT (L), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),

DOYEN : ..... Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR ..... Jean VERNE

I - PROFESSEURS

		MM.
Anatomie		DELMAS (A)
Anatomie pathologique		DELARUE (J)
Anesthésiologie		BAUMANN (J)
Bactériologie		FASQUELLE (R)
Biochimie médicale		JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports		CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale		FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale		BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Necker)		REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M)
Cliniques chirurgicales	(Beaujon	SICARD (A)
	(Cochin	QUENU (J)
	(Hôtel-Dieu	PATEL
	(Saint-Antoine	GOSSET (J)
	(Salpêtrière	MOULONGUET (P)
		CORDIER (G)
		LORTAT-JACOB
		LAURENCE
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardiovasculaire (Broussais)		de GAUDART d'ALLAINES (F)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)		MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J)
Clinique génétique médicale (E.Mal)		LAMY (M)
Clinique Gynécologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P)

		MM.
Gérontologie		BOURLIÈRE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants		CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques		HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang		MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		GARCIN (R)
Cliniques médicales	(Cochin	BROUET
	(Cochin	JUSTIN-BESANCON(L)
	(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
	(Broussais	SOULIE (P)
	(Pitié	DREYFUS (G)
	(St-Antoine	KOURILSKY (R)
	(Boucicaut	LENEGRE
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique		de GENNES (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie		DAVID
Cliniques obstétricales	(Baudelocque	LACOMME (M)
	(Port-Royal	VARANGOT
	(Foch	MERGER
Clinique obstétricale et gynécol.		LEPAGE
Clinique ophtalmologique		RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBRY (M)
Clinique de pathologie respiratoire		TURIAF
Clinique de pédiatrie sociale		MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie		BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile		MICHAUX (L)
Clinique de puériculture		LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)		COUVELAIRE
Electrophysiologie médicale		DJOURNO (A)
Embryologie		GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie		de SEZE
Histologie		VERNE (J)

	MM.
Hygiène des collectivités (ch. à t.pers.)	DEPARIS
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ
Pathologie et thép.générales	BOUDIN
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.)	PARROT
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	LEGER
Thérapeutique	CONTE

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

	MM.
Anatomie	CABROL (C) COUINAUD (C) OLIVIER (G) GAUTHIER-VILLARS (Melle P) pr.s.ch.
Anatomie pathologique	BUSSER (F) GOUYGOU (Ch) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anasthésiologie	VOURC'H (G)
Bactériologie	NEVOT (A) pr.s.ch. BARBIER (P) CHRISTOL (D) TOURNIER (P)
Biochimie médicale	DESGREZ (P) pr.s.ch. POLONOVSKI (J) m.conf. SCHAPIRA (G) pr.t.p.
Carcinologie	DENOIX (P) MATHE (G)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie	LEDOUX-LEBARD (G)
Embryologie	TUCHMAN-DUPLESSIS (H)

	MM.
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J)
Histologie	COUJARD (R) pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J)
Hydrologie	CORNET (A)
Hygiène	BOYER (J) pr.s.ch. CORRE-HURST (Mme L)
Maladies infectieuses	BASTIN (R) DUPONT (V)
Médecine légale	DEROBERT (L) pr.s.ch. HADENGUE (A) FOURNIER (E) GUENIOT (M)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neurologie	LHERMITTE (F)
Obstétrique	GRANJON (A) HERVET (E) LE LORIER (G) MORIN (P) MUSSET (R) ROBEY (M) THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	BREGEAT (P) SARAUX (H)
Orthopédie	JUDET (R) RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J)
Parasitologie	BRUMPT (L.C) pr.s.ch. CHABAUD (A)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J) BINET (J.P.) CAUCHOIX (J) CHATELIN (C.L) DUBOST (Ch) DUBOST (Cl) FAUREL (J) FLABEAU (F) GERMAIN (A) LOYGUE (J) MERCADIER PERROTIN (J) ROBERT (H) THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)

	MM.
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J)
	HARTMANN (L)
	LOEPER (J)
	MAURICE (J)
Pathologie expérimentale	PLAS (F)
	RICHET (G)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M)
	BOUR (H)
	BOUVIER (J)
	BOUVRAIN (Y)
	BRICAIRE (H)
	BRISSAUD (H)
	BROCARD (H)
	BUGE (A)
	CASTAIGNE (P) m.conf.
	CATINAT (J)
	CONTAMIN (F)
	COURY (C)
	FREZAL (J)
	HOUSSET (E)
	LAROCHE (Cl)
	LESOBRE (R)
	MACREZ (C)
	NICK (J)
	PEQUIGNOT (H)m.conf.
	ROYER (P)
	WOLFROMM (R)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R)
	MANDE (R)
	MOZZICONACCI (P)
	POLONOVSKI (C)
	ROSSIER (A)
	LEVY (Melle J)pr.s.ch.
Pharmacologie	BOISSIER (J)
	LECHAT (P)
Physiologie	DEJOURS (P)
Physique médicale	GOUGEROT (L)m.conf.
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B)
Psychiatrie	FICHOT (P)
Psychiatrie infantile	DUCHE (D)
Rhumatologie	DELBARRE (F)
Stomatologie	CERNEA (F)
	CHAPUT (Mme A)m.c.agr.
	GRELLET (M)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P)
	LAMOTTE (M)
Urologie	QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurg.	ABOULKER (P) AMELINE (A) HUGUIER (J) OLIVIER (C) PADOVANI (P) POILLEUX (F) ROUX (M) VERNE (J.M.)	Clinique obstétricale	GRASSET (J) MAYER (M) RAVINA (J) DESVIGNES (P)
		Clinique ophtalmol.	OFFRET (G)
		Clinique oto-rhino-laryng.	MADURO (R)
Clinique médicale	HAGUENEAU (J) pr.s.ch. DOMART (A) PERRAULT (M) RAMBERT (P) THIEFFRY (S)	Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R)
		Clinique psychiatrique	BARUK (H)
		Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie ..... MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale ..... ETTORI (J) pr.à t.pers.
Pathologie chirurgicale ..... RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté ..... M. LENA (J)
Secrétaires ..... Mme BEURLAND (H)
Melle CHAINTREUIL (G)
Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction de la bibliothèque ..... M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)
Bibliothécaires Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Maman,

Qu'elle trouve ici l'expression
de sa médecine.

A Monsieur le Professeur Gilbert DREYFUS,

Qui m'a, le premier, fait
prendre conscience
de notre fonction.

A Monsieur le Professeur Charles DEBRAY,

Professeur de Clinique Médicale d'Hydrologie thérapeutique et climatologie à la Faculté de Médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qu'il trouve ici l'expression de mon filial respect puisque je considère que dans le mot "patron" il y a le mot "pater".

A Monsieur le Docteur J.P. HARDOUIN,

Médecin Assistant des Hôpitaux de Paris,

Qui a su me préserver
des pièges du tra-
vail personnel.

A Monsieur le Docteur H. MARBOT,

Omnipraticien,

Qui a guidé mes premiers
pas en clientèle.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES KYSTES DE LA RACINE DU MESENTERE

-:-

P L A N

-:-

- INTRODUCTION.

I - DEFINITION DE KYSTES DU MESENTERE

II - DEFINITION DE LA RACINE DU MESENTERE: ANATOMIE.

III - HISTORIQUE ET CLASSIFICATIONS.

IV - EXPERIMENTATION.

V - ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGENIE

VI - OBSERVATIONS.

VII - ETUDE CLINIQUE.
- DONNEES STATISTIQUES
- SYMPTOMATOLOGIE ET RADIOLOGIE
- EVOLUTIONS ET COMPLICATIONS

VIII - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.

IX - TRAITEMENT.

- CONCLUSIONS.

-:-

I N T R O D U C T I O N

-:-

A propos d'une observation d'un kyste de la racine du mésentère que notre Maître, le Professeur Charles DEBRAY, a bien voulu nous confier, nous essaierons de mettre, en valeur, certaines particularités de ces kystes.

Ils posent, en effet, le problème des tumeurs de l'étage supérieur de l'abdomen, tumeurs profondes, fixées, pouvant en imposer pour des tumeurs rétropéritonéales. En outre, les complications qu'elles entraînent ont une incidence chirurgicale quasi constante.

Nous essaierons de donner une définition de ces kystes, tumeur kystique vraie, développée dans la racine du mésentère, c'est-à-dire, entre la racine apparente et la limite de son insertion au péritoine postérieur définitif.

L'Historique ne nous servira que d'introduction pour les différentes classifications proposées.

Les quelques essais d'expérimentation tentés, nous amèneront par le biais de l'anatomo-pathologie, à la pathogénie, si

tant est que l'on puisse actuellement parler de pathogénie de façon valable.

Nous rapporterons ensuite, les observations relevées dans la littérature, et, essaierons, avec quelques données statistiques, de tracer les grandes lignes de la clinique et de l'évolution de ces kystes.

Nous envisagerons, ensuite, le Diagnostic Différentiel, puis le traitement dont nous verrons qu'il est essentiellement chirurgical, et, bien souvent, le seul élément diagnostique valable.

-:-

CHAPITRE I

D E F I N I T I O N

-:-

Les kystes de la racine du mésentère peuvent être définis comme suit :

A - Ce sont les tumeurs kystiques vraies développées entre les deux feuillets de la racine du mésentère.

I - Tumeurs kystiques vraies, ce qui élimine:
a)Les pseudo-tumeurs inflammatoires,
b)Les pseudo-tumeurs hématiques,
c)Les tumeurs parasitaires.

II- Entre les deux feuillets, ce qui élimine les Kystes:
a)rétro-péritonéaux,
b)ceux des méso-côlons accolés,
c)ceux des organes voisins ayant effondré l'un des feuillets et n'étant mésentériques que secondairement.

III- De la racine du mésentère, ce qui implique les critères anatomiques que nous étudierons plus loin .

En particulier, l'antéposition par rapport au pancréas et la situation au-dessus de la

racine apparente.

B - Suivant la classification de CHATELIN, (I) on peut diviser les tumeurs kystiques vraies en trois groupes :

I. Lymphangiomes kystiques
II. Entérokystomes
III. Dysembryomes kystiques
  I. tératomes kystiques
  2. Kystes dermoïdes simples
     Kystes dermoïdes complexes
  3. Kystes wolffiens
  4. Kystes müllériens
  5. Kystes surrénaliens.

Il s'agit donc de trois groupes hétéroclites :leur nature histologique, leur origine embryologique, leurs signes eux-mêmes, sont différents. On s'est surtout attaché à l'étude des lymphangiomes kystiques, les deux autres groupes étant mieux connus.

-:-

CHAPITRE II

-:-

Ce rappel est indispensable parce que l'on a souvent confondu, kystes rétro-péritonéaux et kystes de la racine du mésentère. Celle-ci est une région anatomique parfaitement individualisée, et, en dehors de ses limites, on ne saurait parler de kystes de la racine du mésentère.

I - NOTIONS EMBRYOLOGIQUES.

A - L'estomac est sagittal, petite courbure en avant, grande courbure en arrière, relié aux parois : antérieure par le mésogastre antérieur où se développe le foie, et, postérieure par le mésogastre postérieur d'où arrivent les vaisseaux. Les deux mésogastres forment en fait, une cloison sagittale, large dans l'épaisseur de laquelle les deux mouvements de rotation de l'estomac se feront.

B - Le duodénum est également sagittal, relié à la paroi postérieure par le mésoduodénum. Il n'y a pas de méso antérieur.

C - L'intestin grêle, représenté initialement par l'anse intestinale sagittale, concave en arrière, rattachée à la paroi postérieure par le mésentère commun, conte-

nant l'artère mésentérique supérieure.

D - La double rotation de l'estomac : La formation de la cavité entéro-hépatique et de la bourse mésogastrique, celle de l'arrière cavité des épiploons enfin par invagination de la lame droite de la cloison dorso-hépatique rendent compte des accolements sus-mésocoliques.

E - La torsion de l'anse intestinale autour de la mésentérique supérieure, en sens antihoraire, de 270°, due à l'allongement du jéjuno-iléon, rend compte de la disposition définitive de la racine du mésentère commun aprés ses accolements postérieurs au plan duodénal qui est resté fixé (fig.2).

En effet, la partie du mésentère commun en rapport avec le grêle s'étend en dessous de la mésentérique supérieure (fig. I). La partie en rapport avec le caeco-côlon s'étend au dessus de l'artère et s'accole au péritoine pariétal postérieur (fig.2). En fait cet accolement ne se fait que jusqu'à l'artère iléo-caecocolique, de sorte que caecum et appendice ainsi que terminaison du grêle restent libres (fig.I).

A gauche et en haut, l'allongement du duodénum rejette l'angle duodéno-jéjunal et son méso, en haut et à gauche de l'origine de la mésentérique supérieure. La racine du mésentère accolé suivra donc un trajet oblique en bas et à droite(fig.3).

II - ANATOMIE DEFINITIVE

A - Dans un plan transversal : la racine du mésentère est grossièrement oblique en

bas et à droite, suivant une ligne en S italique à laquelle on peut décrire trois segments :

I. jéjuno-mésentrique, croisant le 4ème duodénum, atteignant l'origine du pédicule mésentrique (fig.3).

2. juxta-vasculaire, croisant alors veine cave inférieure, uretère droit et vaisseaux spermatiques ou utéro-ovariens, appliqué alors, fait important, sur le bord gauche du muscle psoas droit.

3. iléo-colique, répondant à l'artère du même nom.

B - Dans un plan sagittal : sur la ligne médiane, opératoirement on récline vers le haut le paquet épiploo-transverso-colique et l'on aborde le plan d'accolement postérieur qui comprend successivement d'avant en arrière (fig.2):

I. feuillet antérieur de la racine du mésentère commun,

2. tissu celluleux où cheminent les vaisseaux mésentériques,

3. feuillet postérieur de la racine accolé au

4. feuillet antérieur du mésoduodénum lui-même recouvrant la

5. face antérieure du pancréas,

6. enfin feuillet postérieur du mésoduodénum accolé à la paroi postérieure.

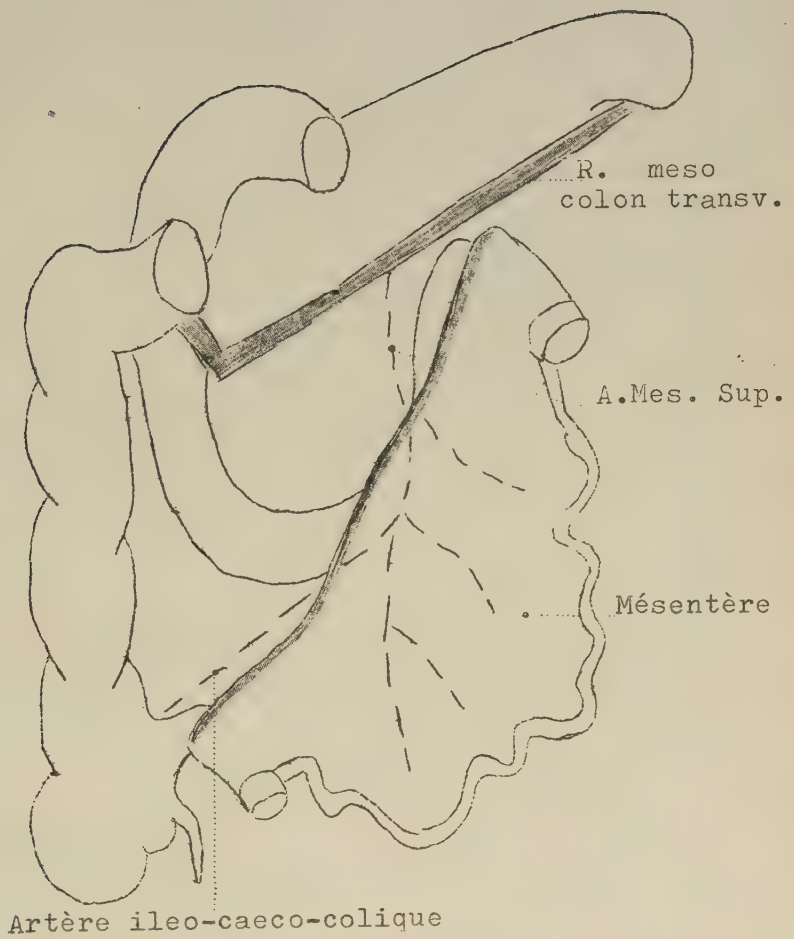
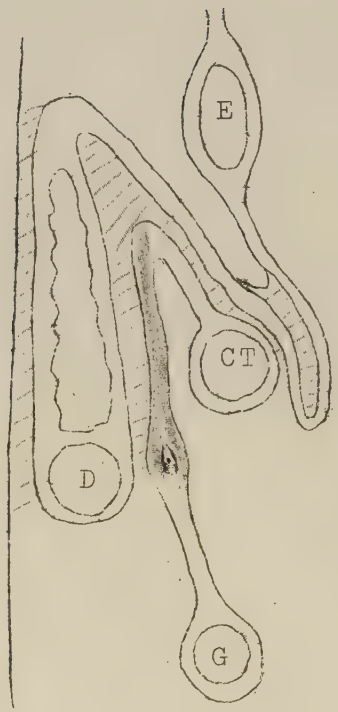


Figure I.

D'après MONOD et DUHAMEL



Zones d'accolement

Racine du mes. proprement dit

Figure 2.

D'après MONOD et DUHAMEL

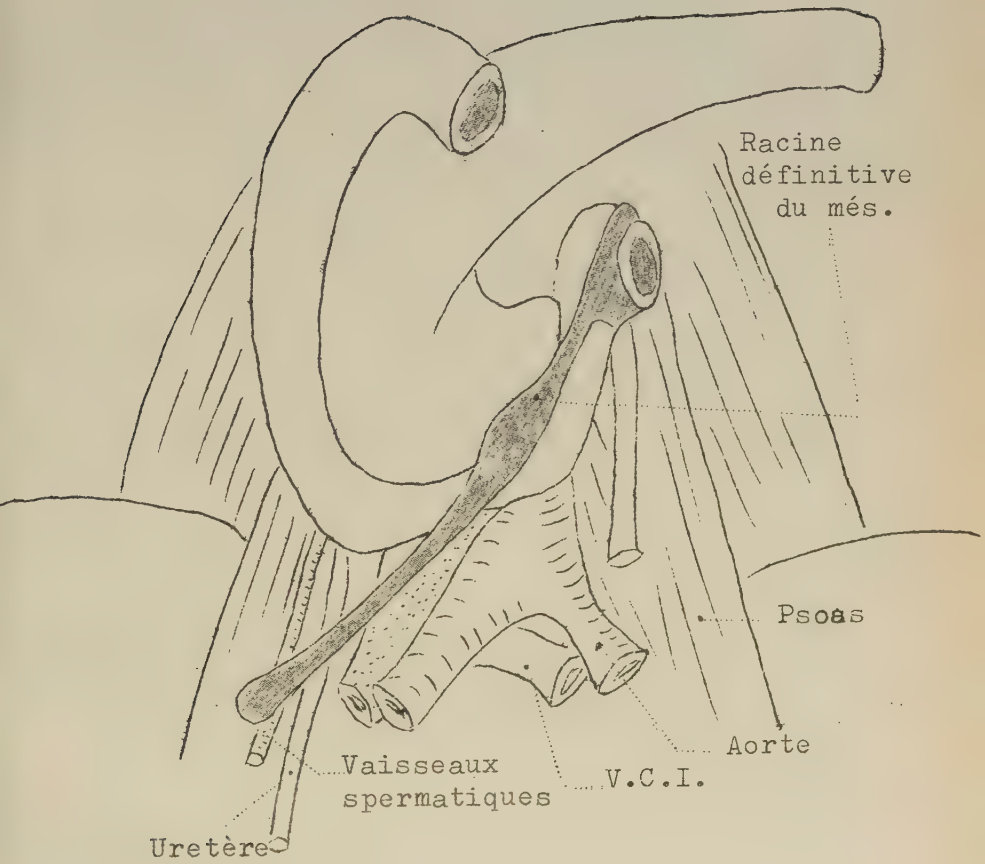


Figure Trois

D'après MONOD et DUHAMEL

III - CETTE DOUBLE DISPOSITION ANATOMIQUE rend compte de la difficulté que l'on rencontre dans l'interprétation de la situation exacte des kystes par rapport aux différents plans péritonéaux. Théoriquement, ne doivent être considérés comme kystes de la racine du mésentère que ceux compris entre :

A - en avant et en arrière les deux feuillets du péritoine accolé.

B - à droite l'intersection du mésentère et du côlon ascendant,

C - à gauche la réflexion du mésentère au niveau de l'angle de Treitz,

D - en bas la mésentérique supérieure, puis l'artère iléo-caecocolique,

E - en haut la limite d'accolement du mésocôlon tranverse. Pratiquement les données retrouvées dans la littérature ne permettent pas de faire une revue rigoureuse des kystes de la racine du mésentère. Les auteurs, en effet, font rentrer dans ce cadre, non seulement les kystes mésentériques proprement dits, mais encore, ceux rencontrés dans la zone d'accolement comprise entre la faux de l'hépatique et la réflexion du mésocôlon tranverse.

Bien qu'une rigueur anatomique ne soit pas de mise, puisque les incidences cliniques, diagnostiques et thérapeutiques sont les mêmes, nous avons sélectionné et rapporté, seulement les observations répondant aux critères soulignés plus haut.

IV - En outre, la proximité de la racine du mésentère avec différents organes, de situation ou à destinée abdominale ou pelvienne d'une part, et la relative inextensibilité de ce tissu accolé d'autre part, rendent compte de la multiplicité et de la précocité relative des symptômes rencontrés. En particulier :

A - le croisement avec la veine cave inférieure explique l'oedème des membres inférieurs, l'ascite.

B - le croisement avec uretère et vaisseaux peut expliquer certains signes urinaires tels que la pollakiurie.

C - les rapports avec le psoas rendent compte de l'attitude antalgique que prennent souvent ces malades.

D - la proximité du pancréas explique certains types de douleurs.

E - la promiscuité avec vaisseaux et nerfs intestinaux provoque des altérations du transit.

F - les rapports inextensibles avec l'origine du tronc coeliaque et la région solaire expliquent pour beaucoup, la majeure partie du syndrome fonctionnel, plus que ne le ferait la compression directe de tel ou tel organe.

G - l'extrême vascularisation et innervation de la région montre combien il est difficile opératoirement d'énucléer en totalité la tumeur, surtout lorsqu'il existe une réaction inflammatoire, comme c'est le cas généralement.

C'est-à-dire, la difficulté du diagnostic positif de tumeur de la racine du mésentère, même en s'aidant d'examens de laboratoire, en particulier radiologique, et, à fortiori du diagnostic différentiel entre les kystes, et les autres tumeurs bénignes, pseudo-kystiques ou pleines, d'une part, et les tumeurs malignes de la région coeliaque, d'autre part.

-:-

CHAPITRE III

H I S T O R I Q U E

-:-

C'est pour la première fois, en 1507, que l'on décrit un kyste du mésentère. Le mérite en revient au Florentin BENINIENI, qui rapporte le cas de ce jeune enfant de huit ans. " .... qui avait la mauvaise habitude de manger de la terre et des cailloux. Ainsi survint une fièvre continue bien que modérée, s'accompagnant bientôt de vomissements et de diarrhée. L'enfant mourut, et à l'autopsie, alors que tous les organes étaient sains, il trouva un callus, masse dure, sur les veines dites mésaraïques, ce cal obstruait les veines et aucun sang n'en coulait. C'était la cause inévitable de la mort de l'enfant".

Il décrivit, ensuite, un second cas se rapportant à un jeune homme, qui présenta des douleurs abdominales, sans cause apparente et sans remède efficace. A l'autopsie, il trouve une cavité néoformée, remplie d'une abondante substance noirâtre, fétide, et communiquant avec le tractus intestinal.

Aucune observation n'est ensuite publiée jusqu'en 1886, date à laquelle AUGANEM (9) propose une première classification. Un an

plus tard, HAHN, insiste sur les distinc - tions entre kyste hydatique, hémorragique et chyleux. Dans la même période PEAN, commence à publier les cas opérés.

A partir de ce moment, les publications se font moins rares, sans que, pourtant, on puisse obtenir une vue d'ensemble et une classification valable, même anatomique.

Dans les années 1890 et suivantes, on note cependant, plusieurs essais de classification et de pathogénie.

La classification de PETERSON (14) sépare

I - Kystes embryonnaires:

A - restes embryonnaires ou tissus inclus: séreux, chyleux, hématiques, dermoïdes

B - inclusions d'origine intestinale (dont le Meckel)

C - urogénitaux

II - Pseudo-Kystes :

A - infectieux

B - maladies malignes

La classification de BEARHS (14) plus complète, distingue :

I - Kystes embryonnaires ; entéroïdes - urogénitaux, lymphatiques, dermoïdes, défauts embryonnaires.

II - Kystes traumatiques acquis :
(sans membrane)
hémorragiques , rupture ganglionnaire

III - Kystes néoformés :
bénins , malins ,

IV - Kystes infectieux et dégénératifs :
mycoses , tuberculose , parasitose ,
dégénération kystique de nodules lymphatiques et autres tissus ,

En I889, LANGTON publie le cas d'une femme atteinte d'un kyste du mésentère avec double kyste dermoïde des ovaires.

En I892, la classification de HAHN est reprise par BRAOCHAXE, qui, séparant les kystes dermoïdes des kystes chyleux et séreux, réunit ces deux derniers sous le nom de kystes lymphatiques.

STUDGAARD rapporte en I894, l'observation d'une formation kystique excisée et dont l'examen histologique montre une architecture assez proche de celle du tube digestif; revêtement épithélial reposant sur une couche musculaire lisse, dont nous verrons qu'elle correspond aux antérokystomes. En effet, l'année suivante, on reconnaît, grâce, à PAGENTESCHER l'existence de certains kystes dont l'origine est intestinale. Ainsi sont isolés, les entérokystes, et ce, à la suite d'une observation de ROTH, datant de I88I.

En I90I, DOWD isole une autre catégorie de kystes congénitaux, car ils procédent du développement tardif chez l'adulte, d'inclusions embryonnaires dans les feuil-

lets mésentériques : ce sont les kystes müllériens et wollfiens.

En 1910, premier essai réussi, de marsupialisation d'un kyste dermoïde. En même temps WIES, s'intéresse aux kystes hématiques. Juste avant la guerre, PROUST et MONOD publient un nouvel essai de classification en s'attachant surtout aux kystes chyleux. C'est la période également où BALLS s'attache à préciser le diagnostic radiologique des kystes mésentériques.

GRANIOL, en 1919, fait sa thèse sur le kyste hématique séreux, même si l'on doit considérer actuellement qu'il ne rentre pas dans la catégorie des kystes mésentériques proprement dits.

On commence à fouiller la question. Les formes cliniques sont précisées et les complications souvent révélatrices sont dénoncées; le tableau pseudo-appendiculaire de LARGET, la torsion intestinale du malade de RAUL, la dilatation aiguë de l'estomac de celle de LEE. Les formes de l'enfant sont étudiées avec WIES et ses collaborateurs.

On commence à mieux connaître le problème. Les erreurs de diagnostic apparaissent.

Dans les années 1930, la technique chirurgicale permet plus sûrement d'entreprendre les énucléations, résections intestinales; la technique anesthésique permet d'absorber avec un confort meilleur le pédicule vasculaire prévertébral.

NILL apporte une nouvelle classification de ces Kystes (I)

I - Kystes simples :
séreux , chyleux , irréguliers ,

II - Kystes néoplasiques :
ectodermiques... dermoïdes , mésodermiques... lymphangiomes , entodermiques... entérokystomes ,

III - Tératomes

A partir de 1935, les observations se succèdent.

ELIASON, AJEVOLI, BELLANGER, JEWERBURY, GLYNN rapportent différents cas; perforation d'un kyste chylifère, localisation au mésocôlon transverse, tableau pseudo-addisonnien .....

Pendant et depuis la guerre, de nombreuses publications et thèses sont faites sur le sujet. On doit déplorer, cependant, le manque de cohésion de ces études, leur inégalité, et l'aspect partiel, à peu près obligatoire d'ailleurs, qu'elles revêtent. On ne peut les citer toutes.

Il est difficile de préciser la date de la première observation de kyste de la racine du mésentère. On a souvent en effet, confondu kyste de la racine du mésentère, portion accolée du péritoine définitif et kystes rétro-péritonéaux.

Les observations éloignés manquent de précision à ce sujet.

Les plus récentes font part de formes anatomo-pathologiques qui, à notre avis, sortent du cadre de ce sujet.

Les observations seules dignes de foi, si l'on se réfère à des critères anatomo-pathologiques valables, tant macro-que microscopiquement, ne remontent guère qu'à environ 70 ans: il s'agit de l'observation n° 3 décrite par SARMEZ (25) en I898, au sujet d'une malade ayant consulté en I894. C'est la plus ancienne observation de kyste de la racine du mésentère que nous ayons relevée dans la littérature.

Reportons-nous, pour exprimer la confusion qui s'est insinuée sur cette question, aux paroles de GERSTER (4) qui en I939 écrivait:

" Parfois les titres se sont trouvés être inexacts. Les kystes rapportés comme mésentériques auraient pu, avec une justification égale, être classés comme rétro-péritonéaux. Les rapports ont été incomplets, les spécimens de la paroi kystique n'ont pas été pris, ou, s'ils l'ont été, perdus. Même aprés examen, les descriptions macro-et microscopiques n'ont pas été données en détail. Les mêmes objections s'appliquent aux renseignements donnés sur le contenu du kyste"...

On sait qu'environ, cinq cents cas de kyste du mésentère ont été décrits depuis l'observation princeps (400 à 600 suivant les auteurs). Dans certaines statistiques, on donne comme pourcentage de kyste de la racine 2 p. I00. GERSTER (4) cite I6 à I8 kystes rétro-péritonéaux, et, cependant, il note bien la distinction entre les deux sortes de kystes.

On se rendra compte encore mieux de la confusion qui a pu exister, lorsqu'on

saura que les kystes hématiques et hydatiques n'ont été retités des statistiques que depuis une trentaine d'années.

Nous adopterons la classification de CHATELIN, en séparant pour l'anatomie pathologique, les lymphangiomes kystiques et les entérokystomes des dysembryomes kystiques dont la nature est mieux connue.

-:-

CHAPITRE IV

EXPERIMENTATION

-:-

Nous verrons dans les théories pathogéniques que l'une des idées premièrement admises fut que le kyste était dû au développement anormal d'un conduit chylifère par obstruction située en aval.

De I922 à I942, LEE et ses collaborateurs se sont penchés sur le problème. Ils sont partis du principe que si cette théorie était vraie, on devrait pouvoir faire apparaître des kystes par obstruction d'un conduit chylifère. Cependant chez le chien et le chat on n'y a jamais réussi, soit par ligature du canal thoracique, ou par d'autres méthodes intervenant directement sur les conduits chylifères.

Nous décrirons trois méthodes employées par ces auteurs:

I - Dans la première, ils pratiquent successivement:

A - ligature des deux conduits lymphatiques du cou,

B - ectomie subtotale de la citerne de Pecquet,

C - ligature de la veine cave,

D - injection d'un sel de sodium le long des vaisseaux lymphatiques pour faire intervenir un facteur irritatif (sel insoluble),

E - ouverture et section des troncs lymphatiques en grand nombre, sans toutefois atteindre l'endothélium, mais pour diminuer la résistance de celui-ci, et qu'elle devienne inférieure à la pression de l'endolymphe, facilitant ainsi la production de kystes.

Ils constatent l'apparition d'une ascite chyleuse pendant trois jours. Il ne se produit rien d'autre. De deux semaines à deux mois aprés, les animaux sont sacrifiés à intervalles réguliers. Ils ne constatent pas l'apparition de kystes, mais le développement d'une circulation lymphatique collatérale importante, les ouvertures créées sur les vaisseaux se sont thrombosées.

II - Seconde méthode : pratiquée par DRUNKER et FIELD en 1932.

Injection de graphite en suspension dans les vaisseaux lymphatiques, ce qui élève la pression d'une part, et, provoque une extravasation des vaisseaux d'autre part. Il s'ensuit, une paroi néoformée épaisse avec tissu de granulation et formation d'un kyste. Trois animaux présentent des ruptures sans apparition de kyste.

III - Troisième méthode : (mêmes auteurs sur II Chats et I Chien)

Ils font une ligature du canal thoracique; puis de une à 24 heures aprés, ils pratiquent sous anesthésie une injection dans les vaisseaux lymphatiques de bleu de Trypan, en solution à 3 p. IOO, ou d'encre de chine. Dans 3 cas seulement, on a clampé le canal thoracique aprés l'injection. Ce sont dans ces cas que les extravasations se sont produites avec formation de kystes. Les auteurs notent que, si les injections sont faites au niveau d'une bifurcation vasculaire, ou d'une collatérale, l'encre de chine diapédèse sans rupture de vaisseau.

On peut donc considérer qu'il faut deux conditions pour obtenir un kyste lymphatique : altération de la paroi d'une part, et, augmentation de la pression lymphatique d'autre part.

On constate, en outre, que la formation du kyste est accompagnée d'un tissu de granulation témoin de l'extravasation et de la réaction inflammatoire.

-:-

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGENE

-:-

Si nous réunissons sous le même titre anatomie pathologique et pathogénie, c'est que les deux sont intimement liées et que l'on ne peut évoquer l'une sans l'autre.

Nous envisagerons tout d'abord quelques caractères généraux des kystes. Nous étudierons ensuite les caractères particuliers de chacun des groupes de CHATELIN.

GERSTER (4) pense que la cause traumatique est improbable, et, ne représente en fait qu'un facteur déclenchant, une nouvelle poussée. Il note, en outre, que la dilatation des vaisseaux lymphatiques est provoquée par l'existence du kyste, ou bien, qu'elle est sans rapport avec, mais, en tout cas, que cette ectasie n'est pas la cause du kyste.

I - Macroscopiquement (I) ces kystes sont en rapport intime avec la mésentérique supérieure, et ses grosses branches à respecter lors de l'exérèse. Parfois même, nous l'avons vu en rapport avec le pédicule prévertébral, aorte et veine cave inférieure. Ils n'atteignent pas l'intestin lui-même, mais peuvent

rapprocher les pieds d'une anse, et, provoquer ainsi un volvulus. Leur taille varie d'une noix à celle d'une tête d'adulte. Ils se développent à l'intérieur des deux feuillets pouvant se pédiculiser sur l'une des deux faces. Les vaisseaux compris dans le méso sont comprimés, en particulier les veines.

II - La constitution de la paroi est généralement reconnue comme faite de trois couches superposées dans les lymphangiomes.

A - un épithélium plat ou cubique, comprenant rarement des cellules calciformes, jamais de cellules ciliées.

B - la musculaire muqueuse est trés rare.

C - La sous-muqueuse est composée d'un tissu collageno-fibroblastique, soit fibroblastes et fibres musculaires lisses, soit ordination à trois couches.

FOUCHER (8) tient cette organisation valable pour les kystes entéroïdes. Pour les lymphangiomes kystiques, il pense que la paroi subit une altération chronique analogue à la pachyvaginalite, le liquide étant alors brunâtre.

Nous pensons comme lui, que, l'état inflam-matoire est trop souvent signalé dans les comptes rendus histologiques pour que cela procède d'une simple coïncidence, et, que l'on peut considérer cette réaction comme constante.

III - Le contenu kystique semble avoir beaucoup plus passionné les auteurs; cela tient au fait sans doute, que, grâce à l'é-

tude du contenu, on a pensé pendant longtemps arriver à une meilleure compréhension de ces kystes. C'est aussi, ce qui a fait classer les kystes hématiques et échinococciques, par exemple, parmi ceux que nous envisageons actuellement.

HEUSCHEN pense que le contenu kystique est en rapport avec la teneur du repas précédant le prélèvement; il cite 0,6 p. IOO à 2 p. IOO de graisse aprés un repas pauvre en graisses, et 47 p. IOO aprés un repas riche en graisses.

PAUL M. (22) rapporte une quantité importante d'albumine (non dosée), une réaction alcaline faible, densité IOO6, aspect blanc laiteux avec contenu graisseux prenant le Soudan II, de la fibrine coagulée, pas de cellules, dans un autre cas; et conclut à du " concentré de chyle ".

Enfin, VIDAL, (II) en I947, dresse en pourcentage, la comparaison entre chyle et contenu kystique :

Composants	chyle	contenu du kyste
"Eau	92,2	95,2
"Résidu solide	7,8	4,8
"Fibrine	0,I	0,I
"Albuminoïde	3,2	3,5
"Graisses	3,3	traces
"substances extractives	0,4	0,4
"Sels	0,8	0,8

Pour un essai d'anatomo-pathogénie, nous classerons les kystes de la racine du mésentère, en trois groupes :

lymphangiomes kystiques, entérokystomes et dysembryomes kystiques.

I - LES LYMPHANGIOMES KYSTIQUES

A - Leur paroi est mince lorsqu'ils sont jeunes, beaucoup plus épaisse lorsqu'ils sont vieux, et ce fait semble en rapport avec l'inflammation chronique qui les accompagne. De toutes façons, l'aspect histologique réalisé est toujours celui d'une structure lymphoïde. La couche conjonctive est peu vascularisée, dense et bordée à l'intérieur d'un endothélium, dont nous avons vu qu'il peut être, plat ou cubique.

B - D'aspect, ils sont unis ou multi-loculaires. Ils peuvent être multiples (CACIRO).

C - Le contenu est chyleux, lymphatique ou séreux. Cliniquement, la différence entre ces trois sortes est impossible. Macroscopiquement, il peut parfois être difficile de distinguer entre contenu chyleux et lymphatique, quoique le plus souvent, ce dernier prenne un aspect assez évocateur. Parfois, deux aspects peuvent dans les kystes multiloculaires, être présents, dans deux logettes voisines. Ceci est pour BLONDEAU (I) un argument supplémentaire pour les classer ensemble. Le contenu, bien entendu, peut être infecté ou hémorragique.

D - Genèse (I) : Il existe deux théories; il se forme d'abord une poche de stase qui provoque une rupture des chylifères. Cette stase se ferait par processus mécanique (thrombose sous-clavière, entraînant une compression du canal thoracique, et

de la citerne de Pecquet). En fait ceci provoque une stase globale et non localisée, et aboutit à un faux kyste.

Pour TILGER, le kyste résulterait d'une lymphangite segmentaire oblitérante d'origine digestive.

Pour d'autres, enfin, il résulterait d'une dégénérescence de ganglions lymphatiques.

2. Théorie congénitale : Ici un défaut d'accolement de deux mésos provoquerait la rupture d'un chylifére. Ceci est douteux, car ces tumeurs sont formées d'un tissu riche en vaisseaux lymphatiques dilatés en formations caverneuses (Lymphangiomes caverneux dans certaines terminologies) ce que cette théorie expliquerait mal.

II - LES ENTEROKYSTOMES

A - Leur paroi rappelle la paroi intestinale. Tantôt, la paroi est complète, avec une muqueuse reposant sur un chorion lymphoïde, avec glandes et épithélium, une musculeuse en plusieurs couches, tantôt la paroi est simplifiée.

Nous citons ces kystes, car ils rentrent dans une classification qui se doit d'être complète, mais en fait, ils sont surtout localisés au bord libre du mésentère, et, sont absolument exceptionnels au niveau de la racine.

B - D'aspect, ils sont arrondis et oblongs, uniloculaires, de taille variable.

C - Leur contenu est visqueux, filant, incolore ou jaunâtre, rarement fécaloïde

ou chyleux.

D - Genèse : Ils procèdent d'un diverticule intestinal; et, si ceci se conçoit clairement, pour un kyste du bord libre, on est obligé, pour ceux de la racine, d'admettre que les diverticules embryonnaires accidentels existent et se détachent de la paroi secondairement.

On peut penser, également, qu'ils s'individualisent à partir d'inclusions intestinales foetales, ou même de débris du canal omphalo-mésentérique.

III - LES DYSEMBRYOMES KYSTIQUES

Ils sont beaucoup plus rares.

A - Les tératomes kystiques : sont réalisés par enclavement dans le mésentère d'une portion ectodermique qui, au début, se trouvait au contact du canal de Wolff. Ces tératomes, ont leur meilleur exemple dans le kyste dermoïde; c'est le plus fréquent. Il est uniloculaire, sphéroïde volontiers pédiculé, blanc, renittent et pâteux. Son volume et son poids varient suivant les observations. Sa paroi est épaisse, lisse, recouverte d'un épithélium pavimenteux cilié ou non; elle contient des follicules pileux ou des glandes sébacées. Le contenu est un liquide séreux, huileux ou mucilagineux, avec dents, poils et ongles, parfois même spicule osseux (OBS N° I). Rarement, le kyste est plus complexe, réalisant des fragments organisés de tube digestif, où de dérivés ectodermiques.

B - LES KYSTES WOLLFIENS ainsi que les kystes Mülleriens et surrénaliens sont

le plus souvent rétropéritonéaux, mais LEMONNIER, et RIETTI en ont décrits d'authentiquement mésentériques. Ils sont parfois, difficilement distingables des lymphangiomes kystiques, car leur contenu est également séreux, fluide. La paroi est fibreuse, avec épithélium glandulaire à cellules cuboïdes ou cylindriques. La genèse de ces kystes est facilement compréhensible, puisqu'ils dérivent des corps de Wolff, de Müller ou des surrénales, tous organismes compris primitivement dans le mésenchyme.

En conclusion aucune de ces théories pathogéniques n'est pleinement satisfaisante.

Nous allons pouvoir essayer de discuter ces trois théories, pour la genèse du lymphangiome kystique, et, surtout d'en faire une synthèse qui est seule capable d'expliquer les phénomènes observés.

I - La théorie inflammatoire ne peut expliquer à elle seule la formation de ces kystes, puisque l'inflammation semble être la conséquence et non la cause du kyste; même si l'on envisage la possibilité d'une lymphangite segmentaire thrombosante.

II - La théorie congénitale est inacceptable, qu'il s'agisse d'un défaut d'accolement des deux feuillets mésentériques ou qu'il s'agisse de la théorie diverticulaire. La structure de la paroi ne ressemble en rien à celle du péritoine, et les kystes sont trop éloignés du bord libre.

III - La théorie mécanique enfin n'est pas satisfaisante, puisque expérimentalement, on provoque de faux kystes ou une dilatation généralisée du système chylifère.

En fait, il semble que la pathogénie du lymphangiome kystique procède, à la fois, de ces trois mécanismes :

A - MECANIQUE: hyperpression possible par obstacle en aval, ou hyperpression active par hypersécrétion.

B - Défaut de CONSTITUTION DE LA PAROI; qui se laisse, alors, distendre. Défaut qu'il reste à préciser, mais dont l'expérimentation nous a montré, qu'en tout état de cause, il peut être inflammatoire dans certains cas. Ailleurs, rien n'empêche de penser que l'altération pariétale du chylifère puisse être congénitale.

C - INFLAMMATOIRE : et alors localisée, empêchant le drainage physiologique, et facilitant la formation d'une gangue scléreuse.

Il nous semble que c'est la réunion de ces trois éléments qui permet la formation d'un kyste chyleux. La simple hyperpression mécanique ne pouvant aboutir à cette formation que si la paroi est déficiente, et que si une réaction inflammatoire vient "organiser"le tout.

-:-

CHAPITRE VI

ETUDES DES OBSERVATIONS

-:-

OBSERVATION N° I
Confiée par Monsieur le Professeur Ch. DEBRAY -

Clinique

Madame BER.... Janine âgée de 54 ans, est vue pour la première fois en 1950. Elle se plaint, depuis, un an environ de troubles dits hépato-biliaires. Il n'y a pas de signes de rétention biliaire, même discrète: urine et selles sont normales, pas de douleurs, si ce n'est une certaine gêne au moment des digestions, avec ballonnement abdominal, somnolence post-prandriale.

L'état général n'est pas altéré. Il n'y a pas de fièvre, Il n'y a pas d'autres troubles digestifs. Il n'y a aucun rapport entre le cycle ovarien et ses troubles digestifs, d'autant qu'elle est ménopausée depuis 4 ans, avec persistance de bouffées de chaleur. Par l'interrogatoire, on ne trouve aucun antécédent pathologique notable.

A l'examen
L'abdomen est souple, ou ne provoque aucune douleur; on ne perçoit pas de tumeur. Il n'y a pas de point douloureux vésiculaire

l'épigastre n'est pas douloureux. Le reste de l'examen somatique est également normal.

Examens complémentaires

urée sanguine, glycémie, hématimétrie sont normales. La radiographie des voies biliaires est sensiblement normale, hormis quelques signes de dyskinésie: infundibulum arrondi, évacuation retardée.

La radio de l'estomac montre que la région pylorique est soulevée par une masse probablement pancréatique, qui la déporte en avant. De face, en effet, on ne note aucune anomalie de la tonalité de la baryte, ni des bords. De profil, par contre, la région antro-pylorique est déportée en avant et en haut, par une pression extrinsèque. Quant au cadre duodénal, de face, il est nettement élargi d'une façon régulière.

INTERVENTION

Le 13 Novembre 1950 - Docteur MOUCHET

Médiane sus-ombilicale. On trouve implanté sur la face antérieure de l'isthme du pancréas, un kyste (contenu séreux) du volume d'une mandarine. La paroi est trés mince, en avant, mais pas en arrière, où le pancréas semble former le fond du kyste.

Le kyste est excisé. Le reste du pancréas est normal. La vésicule biliaire est grosse, mais, ne contient pas de calculs. Cholécystostomie sur sonde de Pezzer. Une mèche et une lame de caoutchouc au contact du pancréas; paroi nylon.

Suites:

La mèche est retirée le 19 Novembre; la lame le 22 Novembre; la sonde vésiculaire le 2 Décembre aprés radio-manomètrie qui ne montre aucun obstacle cholédocien (évacuation à 15/20 cm d'eau).

La malade sort du service le 15 Décembre, et revient consulter un an aprés. Elle a alors repris 9 kilogs. Les signes fonctionnels ont disparu. L'état général est bon, de sorte que la malade, guérie, a pu reprendre ses occupations.

Examen anatomo-pathologique : Docteur DUPERRAT

Le kyste repose immédiatement sur la face antérieure du tissu pancréatique; ce dernier apparaît tout à fait normal. L'endothélium plat qui revêt la face interne du kyste présente un aspect péritonéal. La membrane qui l'entoure est faite d'un tissu fibreux, dense, où l'on retrouve quelques fibres musculaires et des spicules d'os.

Il n'y a pas de dégénérescence.

En conclusions : la présence de spicules d'os est en faveur d'un kyste dermoïde du mésentère.

DISCUSSION:

Chez une femme de 54 ans, apparaissent, progressivement des troubles digestifs vagues. L'examen est négatif. Seules les radiographies permettent de soupçonner l'existence d'une tumeur attenant au pancréas, comprimant les organes voisins.

L'intervention fait le diagnostic de kyste de la racine du mésentère. L'examen histologique de la pièce opératoire précise sa nature dermoïde.

o

OBSERVATION N° 2 (24)

L'évolution clinique n'est pas rapportée sinon qu'il s'agit d'un homme âgé de 60 ans. A l'intervention on trouve un kyste chyleux dans le mésentère du petit intestin, de la grosseur d'une tête d'enfant. Les vaisseaux lymphatiques radiants et distendus contiennent du chyle. Le kyste est aspiré, pour diminuer son volume et faciliter son énucléation. Il atteint la racine du mésentère.

ANATOMO-PATHOLOGIE

L'épaisseur de la paroi varie de 2 à 4 mm . L'examen histologique montre trois couches bien individualisées, épithéliale, sous-muqueuse, musculeuse.

DISCUSSION

Cette observation ne rapporte aucune symptomatologie fonctionnelle. Elle permet de noter, cependant :

I. Le volume parfois important du kyste nécessitant l'aspiration du contenu avant énucléation.

2. La distension des vaisseaux lymphatiques.

3. La structure histologique à trois couches, qui ne sont pas précisées par l'auteur.

o

OBSERVATION N° 3 (25)

I. Histoire de la maladie

Cette petite fille de 9 ans, consulte en I894, pour la première fois. Une tumeur abdominale est apparue depuis deux ans, et, a déjà été ponctionnée à deux reprises, en I893 et I894. Les deux années suivantes, on reponctionne cette tumeur, et, l'on retire respectivement 6200 cc et 6600 cc.

En I897, elle présente un tableau d'allure péritonéale subaigue et l'on intervient.

2. Intervention

Le péritoine est divisé en deux pour exposer la tumeur. Le kyste est ouvert, et, l'on retire cinq litres d'un liquide laiteux. Le pédicule du kyste se projette entre l'estomac et côlon transverse. La racine est dans le péritoine accolé. Il fut aisé de suivre le pédicule jusqu'à la tête du pancréas avec lequel il était raccordé par une implantation de deux centimètres.

3. Discussion

Cette observation sans histologie, a cependant le mérite de mettre en valeur plusieurs faits :

L'apparition chez une fillette de 9 ans d'une tumeur abdominale qui sera bien tolérée pendant 5 ans. Sur l'apparition d'une complication, l'intervention est décidée, et l'on trouve un kyste pédiculé.

OBSERVATION N° 4 (26)

La clinique n'est pas rapportée dans la publication sinon qu'il s'agit d'une femme de 63 ans.

I. Intervention

Gros kyste rétropéritonéal. La vésicule biliaire est au-dessus. L'estomac et le premier duodénum sont déplacés vers le bas et reposent sur la partie médiane de la face antérieure de la paroi du kyste. Le côlon transverse est en dessous, le rein droit en arrière et en dehors.

La masse uniloculaire est rattachée à la colonne vertébrale par trois brides, l'une médiane, les deux autres venant du pôle supérieur de la tumeur. Ces extensions elles-mêmes contiennent du chyle. Marsupialisation.

2. Suites

Décès 28 jours après l'intervention, par abcès du Douglas secondaire à un abcès ischio-rectal, sans rapport avec le kyste.

3. Nécropsie

Kyste adhérent au côlon et au duodénum séparé de ce dernier par le feuillet postérieur du méso.

4. Discussion

Ici, encore, la clinique n'est malheureusement pas rapportée. Cette observation cependant, montre la situation du kyste, et les rapports parfois très proches avec

les viscères voisins.

o

OBSERVATIONS N° 5 (5)

I. Histoire de la maladie

Un homme de 47 ans présente un épisode de douleurs abdominales avec vomissements et amaigrissement. A l'examen on note une hernie sus-ombilicale. On intervient le 3 Mai I932. L'examen per-opératoire ne montre rien d'anormal. On referme.

Tout va bien jusqu'en I935. A partir de ce moment, il ressent des douleurs diffuses abdominales avec distension. Une anorexie, un amaigrissement de 4 kilogs et demi, surviennent. Température normale pendant un certain temps. Puis la douleur se localise dans le flanc droit, augmentant lors de la position assise; diminuant lorsque le malade se met en décubitus dorsal avec flexion des cuisses sur l'abdomen. Dans la même région, le malade note l'apparition d'une masse qui augmente rapidement de volume.

A l'Examen

L'abdomen est resté souple, mais on note une masse trilobée dans le flanc droit, non molle, mobile, non fluctuante, sans augmentation de la chaleur locale, mate à la percussion. On note également des varices aux membres inférieurs, mais pas de circulation collatérale, et un oedème des chevilles.

2. Examens paracliniques :

" Formule sanguine et numération normales.
" Les radios de l'intestin, par lavement et par transit du grêle montrent que la

masse est entièrement extra-intestinale.

" L'estomac est également normal

3. Intervention

Liquide ambré dans le péritoine.
Masse gris-rougeâtre, lisse, luisante, fluctuante, à base large, dont le centre est prés de la bifurcation aortique. On ne peut énucléer. L'intestin est repoussé à gauche, et l'on pratique une ponction; elle ramène 3940 cc d'un liquide épais, blanc crémeux, homogène. Marsupialisation. Mise en place d'un drain de Penrose.

4. Suites :

Le drain, donne les jours suivants : 50, I50, I75, I00 et 60 cc. Le liquide est un peu fluide, mélé de sang. Son examen, au laboratoire, montre qu'il contient de la graisse pure, sans cellules.

5. Anatomo-pathologie

La paroi du kyste a une épaisseur variable. Elle est faite d'un tissu granuleux, dense, fibreux à la périphérie. Il existe des plages inflammatoires, avec infiltrats lympho-plasmocytaires et cellules éosinophiles. Les vaisseaux sont nombreux. Enfin, il y a un dépôt fibrineux en surface. Il n'existe en aucun point de tissu élastique.

EN CONCLUSION ;

Etat inflammatoire chronique d'un kyste du mésentère.

6. Discussion

Dans cette observation, la clinique n'est pas évocatrice d'une tumeur abdominale. On doit noter que l'apparition de cette tuméfaction, perçue par le malade s'accompagne d'une altération de l'état général, jusqu'alors bien conservé. En outre, la douleur qu'il ressent est soulagée par la flexion des cuisses sur l'abdomen. Enfin, fait important, il existe des troubles de compression vasculaire. Cette observation montre enfin que la technique opératoire est souvent malaisée, la réaction inflammatoire compromettant sérieusement le plan de clivage.

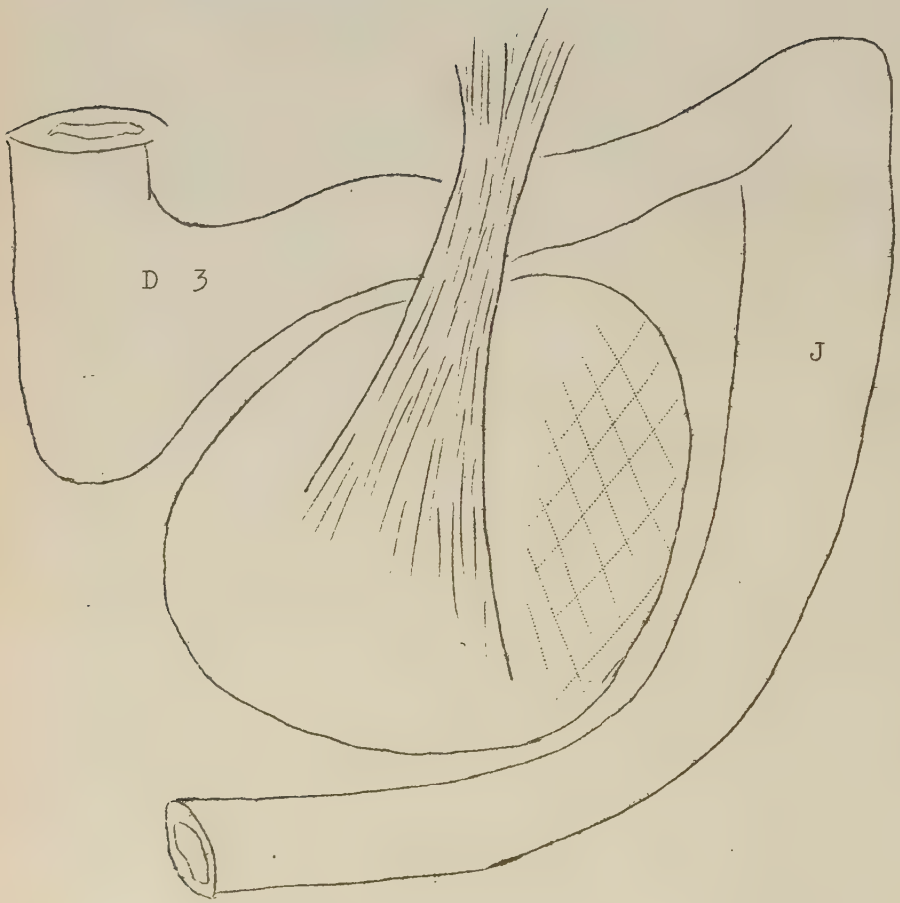
o

OBSERVATION N° 6 (22)

I. Histoire de la maladie

Un homme d'origine cinghalaise, âgé de 30 ans, est hospitalisé, le 21 Janvier 1947 pour vomissements incessants avec douleur abdominale durant 9 heures, ayant débuté brutalement à trois heures du matin. Dans les trois mois qui ont précédé cet épisode, il a ressenti 6 fois la même douleur. Les deux premières fois la douleur a duré 4 heures. La seconde crise, survenant 3 semaines aprés la première. A partir de la troisième crise, celles-ci ont duré une journée et demie.

Pendant la crise, la douleur est calmée par la position debout, avec antéflexion du tronc. Les vomissements sont faits d'un liquide indifféremment clair ou bilieux.


D 3
J

L'examen, du malade, à l'entrée ne montre pas de contracture abdominale. Le diagnostic reste hésitant. On administre de la morphine.

Le lendemain on note une masse hypogastrique que l'on prend pour une vessie en rétention. Elle remonte jusqu'à l'ombilic. Toutefois le toucher rectal montre une masse postérieure à la vessie, mollasse et revient souillé de sang. On note, en même temps, un certain degré de constipation.

Le troisième jour, rectorragie. Le sondage de la vessie n'a pas ramené d'urines et n'a pas fait diminuer la tumeur. Le malade se déshydrate. L'état général s'altère.

2. Intervention (le 23 Janvier)

Péritoine propre et sec, Kyste sortant du pelvis, mais en fait répondant au mésentère du petit intestin que l'on extériorise du pelvis par traction prudente. Le kyste est pédiculisé, et le pied de son pédicule s'attache environ deux pieds au dessus du jéjunum, croise par en avant le troisième duodénum qui est dilaté en amont de cette striction, d'environ trois fois son volume normal. L'énucléation est facile, malgré une déchirure qui laisse échapper un liquide épais et laiteux.

3. Suites :

Vomissements et rectorragies persistent encore pendant IO jours. L'état général s'altère, le malade restant déshydraté. Aprés réanimation il sort rapidement amélioré.

4. Anatomo-pathologie

Le liquide a une réaction alcaline faible, sa densité est de I006; il a un aspect blanc laiteux, étant, en effet riche en graisses prenant bien le Soudan II. Il contient, par endroits, des éléments fibrineux coagulés, pas de cellules. L'adjonction d'éther fait disparaitre son trouble. Il semble, donc, qu'il corresponde a "du concentré de chyle". La paroi du kyste est faite d'un épithélium cylindrique, avec cryptes glandulaires pénétrant un lit de tissu lymphoïde sous-jacent. La couche, la plus profonde, est représentée par des fibres musculaires lisses.

En conclusion:

L'aspect macroscopique de cette tumeur aurait pu la faire tenir pour une simple dilatation lymphatique, mais l'examen histologique révélant une structure assez proche de celle des voies digestives, montre qu'il s'agit d'un entérokystome.
Le contenu est dû à la rupture intrakystique d'un vaisseau lymphatique.

5. Discussion:

Cette observation met en valeur le début brutal par une complication associant douleur abdominale et vomissements. Surtout ici aussi, le fait que la douleur est calmée par la flexion du tronc en avant. Enfin, l'examen histologique montrant qu'il s'agit d'un entérokystome, seul cas retrouvé, souligne qu'il s'agit là d'une variété rare, comme nous le laissions entendre dans le chapitre consacré à l'anatomo-pathologie. En outre, on note également,

la rupture intrakystique d'un vaisseau chylifère qui donne cet aspect particulier au contenu kystique.

L'auteur explique les vomissements, sans distension abdominale, par l'existence de la bride qui comprimait le troisième duodénum. De même il explique les rectorragies par l'irritation des vaisseaux rectaux, irritation due à la présence du kyste dans la cavité pelvienne.

o

OBSERVATION N° 7 (I2)

I. Histoire de la maladie:

Un adulte de 29 ans, se plaint d'une douleur abdominale diffuse, d'évolution suraiguë, avec constipation et vomissements. A l'examen, on perçoit, une masse d'environ 6 cm, mobile, ferme, lisse, située dans le quadrant supérieur et gauche de l'abdomen.

2. Examens paracliniques:

Sur les clichés radiographiques. L'estomac est repoussé en avant. Le duodéno-jéjunum est normal. Si le malade est allongé, la masse se rejette au niveau du ligament de Treitz. S'il se met debout, elle descend de plusieurs centimètres. Le lavement baryté montre un côlon abaissé et repoussé en avant.

3. Intervention:

Kyste situé à la face antérieure du pancréas.
Pas d'examen histologique.

4. Discussion:

Cette observation, trop brève, montre cependant un caractère assez anormal de cette tumeur: c'est sa mobilité. Par contre les renseignements donnés par l'examen radiographique se montrent toujours de valeur. Le diagnostic de tumeur est facilement soupçonné.

o

OBSERVATION N° 8 (9)

I. Intervention (Docteur SABOURIN le I7/I2/I938)

Melle V... Madeleine. Incision sus- et sous-ombilicale. Il s'agit d'une tumeur développée au niveau de la racine du mésentère, à sa terminaison et dans l'épaisseur du mésocôlon ascendant. Incision du péritoine en avant de la tumeur. Dissection prudente en arrière. On sépare la tumeur de l'uretère et des vaisseaux utéro-ovariens, au niveau de leur croisement. Aucune section des vaisseaux mésentériques ou coliques. Péritonisation soignée des deux faces du mésentère.

2. Anatomo-Pathologie:

La paroi fibreuse présente des lésions inflammatoires, avec infiltrats lymphocytaires diffus, et est tapissée intérieurement d'un revêtement endothélial. Aspect du chylangiome simple de Klessem.

3. Discussion:

De cette observation, malheureusement

incomplète, puiqu'il manque la clinique, nous retiendrons, cependant, l'adhérence postérieure aux vaisseaux utéro-ovariens, et à l'uretère, l'existence de lésions inflammatoires, et sa situation à cheval sur la racine du mésentère et la portion accolée du mésocôlon ascendant.

o

OBSERVATION N° 9 (3)

I. Histoire de la maladie:

Un homme de 54 ans, vu pour une tumeur de nature inconnue dont la malignité n'est pas exclue. En vacances depuis 7 jours, il ressent une douleur abdominale de siège variable, supportable, au début. Depuis trois jours, une tuméfaction molle apparaît au dessus et à droite de l'ombilic, augmentant de volume rapidement, sans nausées ni vomissements. Les digestions sont normales. Pas d'antécédent traumatique.

A l'examen, les aires ganglionnaires sont normales. Il existe, un météorisme abdominal, une douleur provoquée à la dépression brutale de l'abdomen. Dans l'hypogastre, on perçoit une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, non mobile, ne semblant pas pédiculée, sans corrélations avec la vessie, le foie, la rate sont normaux. Les reins et les fosses lombaires sont libres. Il n'y a rien dans les fosses iliaques. Les réflexes ostéo-tendineux sont normaux. Le toucher rectal est négatif.

2. Examens paracliniques

Vitesse de sédimentation : 55-57

Hémoglobine à 95 - Valeur globulaire à I,OI
Hématimétrie : 4.720.000
IO.800 - 68.I4.I.I4.3
Traces d'albumine dans les urines, pas de sucre réducteur.
Culot urinaire : leucocytes.

3. Evolution:

La tuméfaction augmente de volume. Des nausées apparaissent.

Le météorisme augmente et l'on décide une laparotomie.

4. Intervention:

Médiane sous-ombilicale. Ouverture du péritoine. Tumeur grosse comme une tête d'enfant, séparée de la vessie, refoulant le grêle.

Ponction : I250 cc d'un liquide trouble et jaunâtre.

Essai d'extériorisation, sans résection intestinale. On remarque que le pédicule de cette tumeur plonge en profondeur directement sous le grand épiploon, vers la racine du mésentère.

On dissèque la tumeur, en évitant les nombreux vaisseaux, gros comme un crayon qui l'entourent. On arrive en profondeur à la racine du mésentère, et l'on peut isoler la masse et l'extirper sans déchirure.

Révision: pas de ganglions, pas d'induration, pas d'autres kystes. Péritonisation. Fermeture.

5. Anatomo-Pathologie

A l'intérieur du kyste, multicavités, grosses comme un marron, jaunâtre, avec enduit fibrineux. La paroi est d'une épaisseur irrégulière, allant de I cm à l'épaisseur d'une feuille de papier.

L'examen histologique montre qu'elle est tapissée d'un endothélium plat cubique, reposant sur un tissu fibreux assez lache lui-même, doublé d'une couche musculaire lisse.

Il existe des infiltrats inflammatoires vers la superficie. Le liquide contient des amas de fibrine, des bactéries en assez grand nombre, en forme de batonnets. Il ne contient pas de graisse.

6. Discussion:

Cette intéressante observation apporte plusieurs précisions de valeur, d'ailleurs diverses. Le symptôme révélateur est l'apparition d'une tuméfaction, ce qui est exceptionnel. Nous le rattachons à une poussée inflammatoire brutale du kyste.

En effet, l'existence d'un leucocytose à IO.800 avec une vitesse de sédimentation accélérée, et surtout l'aspect histologique de la paroi, montrent le processus inflammatoire aigu.

Le caractère de cette tumeur d'être non mobile, malgré son pédicule, est assez

significatif.

Enfin, l'existence de multicavités est notée pour la première fois.

o

OBSERVATION N° IO (I6)

I. Histoire de la maladie:

Une femme âgée de 45 ans, vient consulter pour une symptomatologie douloureuse, imprécise, abdominale, et des troubles menstruels atypiques.

A l'examen, masse peu mobile, para-ombilicale droite, légèrement douloureuse à la pression forte, difficilement décelable. A la radiographie, sans préparation de l'abdomen, on note, une opacité, peu dense, circulaire, de 6 cm de diamètre, située au flanc gauche de L3, et, au-dessous du hile rénal. Sur des clichés successifs, elle ne bouge que de un à deux centimètres. Elle n'est pas visible en scopie. L'UIV révèle que cette masse est extra-rénale, et est située en avant du rein gauche. Les examens radiographiques du tube digestif montrent son intégrité.

2. Intervention:

Exérèse de la tumeur; elle est située sur la face gauche du mésentère, prés de son insertion, cravatée sur sa face droite par les vaisseaux mésentériques. Aspect d'une balle de tennis rouge violacé, à paroi trés épaisse, à contenu visqueux sous tension. Examen histologique non pratiqué.

3. Discussion:

Cette publication est consacrée à l'examen radiologique des kystes du mésentère.

Elle révèle, néanmoins, le caractère "peu mobile" de la tumeur. Il est dommage que l'examen histologique n'ait pas été pratiqué; il aurait peut-être montré pourquoi ce kyste était visible spontanément.

o

CHAPITRE VII

ETUDE CLINIQUE .

-:-

A propos de l'observation que nous avons rapportée sous le n° I, nous allons décrire les différents signes qui peuvent amener le malade à consulter. Nous envisagerons, ensuite, les éléments que l'on peut tirer de l'examen du malade. Pour ce faire, nous tiendrons compte des autres observations rapportées précédemment. Malgré leur petit nombre, nous essaierons d'en dégager les signes particuliers aux Kystes de la racine du mésentère.

DONNEES STATISTIQUES :

I - DOLLER et WARFIELS, FORD et la plupart des auteurs s'accordent sur le chiffre global de 500 cas de kystes du mésentère publiés. C'est une affection rare et dans les centres hospitaliers suivants, on a noté : (I2)

University of California Hosp.. I Cas sur 93000 admissions
Los Angeles General Hosp..... I Cas sur I88000 admissions
Mayo Clinic ..... 7 Cas sur IOOOOOO admissions

Jewish Hospital ..... I Cas sur I60000 admissions

II - FORD (I4) en Juin I960, publie la répartition anatomique suivante:

LOCALISATION DANS LE MESENTERE du:	NOMBRE	POURCENTAGE
Grêle	93	46,5
Sigmoïde	30	I5,0
Mésocôlon	22	II,0
Mésocaecum	I6	8,0
Côlon ascendant	5	2,5
Appendice	3	I,5
Omentum	4	2,0
Petit épiploon	I	0,5
Duodénum	I	0,5
Rétropéritonéal	I0	5,0
Inconnus	I5	7,5

On voit qu'il n'est pas question de kyste de la racine du mésentère.

Néanmoins, l'auteur citant la localisation rétropéritonéale, celle du petit épiploon et celle du mésocaecum, on peut penser que les localisations au mésoduodénum et une bonne partie de celles du mésocôlon ascendant réprésentent en fait des kystes de la racine du mésentère. Ce qui amène environ ce pourcentage entre 3 et 5 p.I00.

III - Il est indiscutable que tous les auteurs notent une nette dominance de l'apparition de kyste (de la racine ou non) chez la femme et la fillette.

- SIGMAE (I7) : 30 femmes sur 42 malades

- GILDERMEISTER(I2): 26 sur 44 malades
- BRAQUEHATES (6) : 4 sur 5 malades
- VIDAL (I2) : l'estime deux fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme
- PUTZU (I2) : estime que 65 p. IOO des cas surviennent chez la femme
- BONDE & MOSINGER (8): 75 p. IOO

IV - Suivant l'âge, il n'existe pas de prédominance nette bien que certains pensent à une date d'apparition plus fréquente dans le jeune âge. CALZOLANI, LOUBAT et PETRIAT (I) rapportent des cas de nouveaux-nés. BONDE et MOSINGER affirment que 35 p. IOO des cas surviennent dans la première année; enfin WARFIELD (I) rapporte un cas découvert à l'âge de 80 ans.

Dans les IO observations de kyste de la racine que nous citons, nous trouvons cinq hommes et cinq femmes. Répartis par âge, nous trouvons deux cas en dessous de dix ans, deux cas de dix à trente ans, et sept cas au dessus de trente ans. On ne peut guère expliquer cette répartition que par l'extrême latence de la maladie.

Toutefois, en considérant les histoires cliniques, on peut se rendre compte que, lorsque la maladie se déclare, c'est généralement assez brusquement, en quelques semaines, probablement dû alors à une poussée inflammatoire du kyste.

SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

La maladie évolue en trois phases inégales entre elles, par leurs signes, leur évolution et leur pronostic. Bien entendu, les signes du kyste de la racine du mésen-

tère sont trés différents de ceux de la partie libre. Ainsi que nous l'avons vu, il s'agit, d'une tumeur profonde fixée contre le péritoine pariétal postérieur, par l'intermédiaire du pancréas, de l'uretère ou du psoas.

Les signes seront donc variables, suivant la localisation, les organes voisins et la taille de la tumeur. En outre, nous remarquons avec FORD qu'un kyste multiple donne un tableau plus confus. Quand aux signes physiques, notons que s'il manque habituellement un des signes essentiels. la mobilité du moins,les caractères retrouvés à l'examen ne sont pas variables d'un moment à l'autre, comme dans les kystes de la bordure.

I - PERIODE DE DEBUT

A - Parfois, c'est à cause d'une complication que la malade vient consulter (Obs 3 et 5). Nous les envisagerons plus tard, c'est pourquoi, nous ne les traiterons pas ici plus longtemps. Il convient de noter que si la maladie est trés longtemps tolérée, les complications entraînent une dégradation rapide de l'état général et local, parce que survenant généralement chez un sujet âgé. Il faut dire, également, que l'inflammation de ces kystes à connexions lymphatiques nombreuses, est constante et ne peut être considérée comme une complication.

B - De toutes façons, l'évolution est lente, progressive et longtemps silencieuse (Obs. 5.6.7.9. et IO). Parfois, le kyste est découvert grâce à son volume.

I. soit par le malade qui s'inquiète de

l'apparition d'une tuméfaction abdominale (Obs 3.5. & 9).

2. soit par son médecin, au cours d'un examen pour tout autre chose.

3. soit enfin au cours d'une intervention chirurgicale.

C - Ces cas sont cependant assez rares. Le plus souvent, c'est par une symptomatologie d'allure digestive que le malade vient consulter. Il s'agit de douleurs, nausées et vomissements; troubles du transit intestinal, gargouillements abdominaux. Les douleurs sont notées dans 5 cas sur IO, et réalisent trois types :

I. la douleur à type de simple pesanteur est assez fréquente (Obs N° I); elle est continue à renforcement post-prandial, parfois accompagnées de gargouillements. Elle est diffuse, sourde, atypique, et si le malade accuse un point où elle est maximum, on ne saurait en tirer aucune conclusion quant à la localisation précise du kyste.

2. à un degré de plus, on peut noter une douleur localisée en un point précis, elle aussi peu intense parfois provoquée par un choc, un effort, un saut aprés un repas. Elle est à type de tiraillement, de colique intermittente; elle prend souvent un caractère itératif, notamment au moment des règles (Obs.IO), ce qui lui confère un caractère trompeur.

3. au maximum enfin, le malade peut rapporter l'histoire de crises abdominales douloureuses accompagnées de vomissements, (Obs.6) cas dans lequel la douleur précè-

de les vomissements. Ces crises douloureuses sont trés trompeuses, et peuvent en imposer pour un abdomen aigu chirurgical. Le problème thérapeutique est alors délicat, car, même en connaissance du diagnostic, il faut savoir si l'on opére ou pas, ou du moins avec quelle urgence on doit intervenir, puisque certaines des complications commandent une intervention immédiate.

4. La pathogénie de ces différents types de douleurs a été longtemps discutée. Il semble qu'actuellement, la théorie de la compression directe soit abandonnée, au profit d'une théorie plus complexe mais plus satisfaisante.

Celle-ci fait, en effet, intervenir plusieurs facteurs brides inflammatoires expliquant la soudaineté de l'apparition de certaines douleurs, et leur labilité, compression de filets nerveux du mésentère et tiraillements du plexus solaire, enfin distension abdominale et gêne du transit rendraient compte de la pesanteur quasi constante.

D - Toutefois, la douleur, si elle représente le maître symptôme, n'est pas isolée. Nous avons déjà parlé des nausées et des vomissements. Les nausées sont peut-être moins fréquentes que les vomissements, nausées une fois, vomissements cinq fois sur dix. Ceux-ci sont alimentaires ou bilieux, rarement hydriques; exceptionnellement, on note un hématémèse, à moins qu'elle ne vienne signer une complication, traduisant alors une compression de la veine porte du kyste. Là encore, il faut dire que la compression directe peut-être rare-

ment incriminée pour expliquer ces troubles; tout au plus, on peut rappeler l'une des observations rapportées, où les vomissements peuvent être expliqués par la bride écrasant le troisième duodénum.

E - Les troubles du transit intestinal semblent plus fréquents que les nausées. Il ne s'agit pas tellement de constipation ou de diarrhée, mais plutôt d'une alternance des deux. Ce signe est considéré avec un certain intérêt par la plupart des auteurs. La constipation est rarement rebelle, c'est d'ailleurs plutôt une constipation reflexe, pouvant être régularisée par les modificateurs du système autonome. Il en va de même pour la diarrhée.

Nous évoquerons, plus loin, les crises de constipation suffisamment importantes pour faire craindre un syndrome de Koenig, et a fortiori, une occlusion, ceci rentrant dans le cadre des complications plutôt que dans celui de la symptomatologie.

Personnellement, nous n'avons retrouvé de troubles du transit que dans une observation (Obs. N° 7). C'est ce qui nous semble caractériser en partie le kyste de la racine par rapport aux autres kystes du mésentère; la fréquence des nausées et vomissements étant supérieure de loin à celles des troubles du transit.

F - Les hémorragies intestinales sont également trés rares et procèdent du même mécanisme que les hématémèses (Obs. N° 6).

G - L'atteinte de l'état général est rarement importante chez un sujet jeune, libre de toute tare physiologique. Elle

devient prédominante lors des complications (Obs 6) chez les sujets âgés, ou bien encore après une évolution longue, négligée. On note cependant, le plus souvent une anorexie progressivement croissante, globale, non systématisée, s'accompagnant parfois d'un amaigrissement qui peut atteindre plusieurs kilogrammes, si la restriction alimentaire a duré assez longtemps (Obs. n° 5).

H - Nous allons envisager maintenant quelques types de symptômes très particuliers aux kystes de la racine du mésentère:

I)- Les signes urinaires sont particulièrement nets dans les kystes situés dans la partie médiane de la racine. Il peut s'agir, non seulement, de pollakiurie simple diurne ou nocturne, avec ou sans signes de cystite, mais encore de véritables crises douloureuses d'allure néphrétique, avec irradiation de la douleur vers la racine des cuisses et les organes génitaux externes. Là, encore, il importe cependant de faire le diagnostic, car la sanction thérapeutique est diamétralement opposée. Rappelons l'observation n° 9, où le culot urinaire montre une grande abondance de leucocytes.

2)- Les signes hépato-vésiculaires sont fréquents, surtout dans les formes hautes, Dans l'observation que nous rapportons, le malade avait été soigné pendant de nombreux mois pour ce genre de troubles. Nous ne voulons pas dire, d'ailleurs, qu'il n'existe pas de réaction des voies biliaires au contact de ces kystes, parfois volumineux, mais en dehors même de toute dyskinésie biliaire, il est possible de noter des troubles qui vont de la simple sensation de pesanteur de l'hypocondre droit, à la crise douloureuse aiguë.

Dans aucun des cas observés, on n'a noté de

phénomène de rétention biliaire, même discrète.

3)- Les signes pancréatiques sont difficilement dissociables des signes dus au kyste lui-même, car la proximité des deux est souvent tellement intime (voir notre observation) que la douleur a le même type que celle d'un kyste du pancréas.

4)- Nous voudrions, pour terminer, insister sur un signe qui nous paraît capital. Nous le retrouvons dans les observations n° 5 et 6. Il s'agit du soulagement de la douleur par la flexion des cuisses sur le tronc. Il n'est pas spécifique d'une tumeur de la racine du mésentère, toute tumeur rétro-péritonéale ou pancréatique (les kystes en particulier) pouvant également le donner. Toutefois, nous y attachons beaucoup d'importance, car, lorsque le diagnostic de kyste du mésentère a été fait, on peut aller plus loin dans la précision clinique lorsque ce signe est constaté, surtout s'il est associé à l'un ou à la totalité des symptômes ordinaires. C'est d'ailleurs dans ce cas qu'il fonde sa valeur. En effet, il est rare qu'un kyste pancréatique donne des signes urinaires comme nous les avons décrits. C'est dire, que ce n'est pas tant la constatation de ce signe que son association à d'autres qui a de la valeur.

En effet, nous verrons plus loin que l'un des caractères de l'examen est de retrouver à la palpation une tumeur arrondie, non mobile dans la moitié supérieure de l'abdomen.

Nous anticiperons donc, parce que le point nous semble d'importance, et nous disons, dès maintenant que la constatation de la triade suivante permet de soupçonner fortement un kyste de la partie moyenne de la racine du mésentère:

- perception d'une tumeur non mobile, sans contact lombaire

- soulagement de la douleur par relachement du psoas

- existence de signes urinaires.

Les signes physiques sont rarement importants à cette période et ne peuvent être décrits dans tous leurs détails qu'à la période d'état.

II - PERIODE D'ETAT

En effet, à cette période, le malade est vu avec un cortège fonctionnel qui est parfois tellement fourni, qu'il n'apporte plus aucune aide au diagnostic. C'est donc sur les données de l'examen du malade que pourra se faire le diagnostic. La perception de la tumeur à l'examen, a une valeur séméiologique aussi grande que la douleur spontanée qui amène à consulter. En outre, on constate que ce sont les malades chez qui on perçoit la tumeur qui sont amenés à consulter par la douleur (Obs. 5, 6, 7, 9, 10).

A - On doit dire, cependant, que les tumeurs volumineuses occupant une grande partie de l'abdomen, fixées, ne permettent pas un diagnostic exact. L'éventualité la plus facile, pour la main qui palpe, est de retrouver une une tumeur profonde, de volume modéré: orange ou melon. Celle-ci est de siège ombilical ou para-ombilical, assez souvent plus haut dans la moitié supérieure de l'abdomen. Parfois, elle siège, dans le flanc et alors ne donne pas le contact lombaire.

Sa forme, sa surface et sa consistance peu-

vent réaliser tous aspects. Elle est indolore, mais si on examine le malade pendant une crise douloureuse on peut constater un certain degré de défense pariétale (Obs. 9 et 10).

Elle est mate à la percussion (Obs. 5) TILLAUX a décrit une bande de sonorité au devant de la tumeur, due à l'interposition d'une anse grêle.

Notons, dès maintenant, que cette éventualité est considérée comme plus fréquente dans les kystes de la racine (II).

L'un des caractères majeurs de cette tumeur est d'être fixée (Obs. 9 et 10). On sait, en effet, que les tumeurs de la portion libre du mésentère ont pour caractère d'être mobiles dans les deux sens, mais surtout dans le sens transversal. Ici, il n'en est rien, bien au contraire, et cette fixité en profondeur doit être considérée comme une des caractéristiques du kyste de la racine du mésentère.

Dans les kystes du mésentère proprement dit, ZANETTI (12) note une sensation de rebond quand, par de petits coups secs, on projette la tumeur contre la colonne vertébrale. Dans aucune des observations citées on ne retrouve cette particularité, ce qui semble normal, puisqu'ici la tumeur est fixe.

Toutefois, lorsque la tumeur est pédiculée ce qui semble plus fréquent qu'on ne le dit, la tumeur peut être mobile (Obs. 5 et 7) à moins qu'elle ne soit prolabée dans le petit bassin (un cas).

B - L'examen clinique, et en particulier physique, ira à la recherche d'une complica-

tion et tachera d'évaluer, dans la mesure du possible, la valeur de l'état général du malade ; l'existence de tare, l'intégrité du foie et des autres viscères nobles ; quant aux touchers pelviens, ils ne feront que vérifier l'indépendance des organes génito-urinaires par rapport à la tumeur. Tout ceci en vue d'un bilan nécessaire aux indications thérapeutiques.

III - EXAMENS DE LABORATOIRE

A - Suivant les associations symptomatiques rencontrées on sera amené à pratiquer différents examens de laboratoire. Il n'en est pas qui amènent de renseignements particuliers, et le plus souvent, ils sont normaux (Obs. I et 5). Ils ont surtout un intérêt négatif, c'est à dire qu'ils permettent d'éliminer un certain nombre d'affections bénignes ou surtout malignes. Parfois, ils ne feront que traduire le degré d'infection du kyste (Obs. 9).

B - Le diagnostic différentiel étant souvent difficile on sera amené à pratiquer les dosages de transaminases, d'amylasémie, une réaction de Casoni. On sera ainsi. à même d'éliminer. dans les cas douteux, certain nombre d'affection. Toutefois, on ne saurait oublier les examens courants, tels que la numération, la vitesse de sédimentation (Obs. 9), ailleurs certaines formes et certaines complications entraîneront un luxe d'examen de laboratoire devant évaluer l'importance de l'atteinte de l'état général. Nous voulons parler des mesures d'ionogramme, de densité plasmatique, de réserve alcaline, etc... au cours des occlusions, des compressions urétérales sévères avec souffrance rénale, azotémie.

IV - EXAMENS RADIOLOGIQUES

A - Technique

Il s'agit d'une tumeur généralement invisible aux rayons X. On devra donc s'entourer, si l'on veut la mettre en évidence, de deux séries de méthodes :

1) Sans produit de contraste :

a) radiographie sans préparation de l'abdomen : dans aucune de nos observations le kyste n'était visible spontanément ;

b) la création d'un pneumo-péritoine pourrait aider à mettre en évidence cette tumeur entourée d'air, sauf en arrière au niveau de son attache postérieure (SIMONETTTI) (17) ;

c) le cerclage de la tumeur perçue cliniquement permet de localiser et de réperer une région suspecte radiologiquement (SAUVE) (16) .

2) Avec produits de contraste :

en employant une baryte suffisamment fluide pour étudier les segments superposés;

en n'hésitant pas à multiplier les clichés les séries, ni à vérifier les organes extra-abdominaux, reins en particulier,

en employant au besoin le radio-cinéma du transit digestif.

3) Les examens radiographiques enfin pour mettre en évidence le siège exact si possible, de la tumeur, en faisant tourner le malade ; la mobilité du kyste en utilisant les positions en decubitus, procubitus verticales.

B - Résultats :

Les radiographies de l'estomac, du côlon,

des voies biliaires montrent l'intégrité de leurs parois ; les clichés des reins, la situation extra-rénale de la tumeur (Obs. 1, 7 et 10).

Le transit du grêle montrerait une stase jéjunale segmentaire par trouble de l'innervation (SCARPELLINI) (17) d'une part, et un refoulement excentrique des anses grêles d'autre part. Il n'a été pratiqué dans aucune des observations rapportées.

On peut, cependant, admettre qu'il donne les mêmes renseignements que dans les kystes du mésentère, les anses grêles étant refoulées dans ce cas vers le bas. D'une manière générale, dans les observations que nous avons citées, et en particulier, dans la première lorsque des examens radiologiques ont été pratiqués, ils montrent un refoulement excentrique des organes par la tumeur.

Citons, pour terminer, l'observation n° 10 où la tumeur est visible directement en radio-scopie.

C - Interprétation des résultats :

Elle est toujours difficile. On peut arriver, en général, à la notion qu'il ne s'agit pas d'une tumeur rénale, ni pancréatique, ni digestive. Disons, cependant, que certains kystes pancréatiques peuvent donner les mêmes images radiologiques, distinction n'ayant qu'une importance relative, la sanction thérapeutique chirurgicale étant la même.

Il s'agit donc probablement d'une tumeur mésentérique, et sa fixité fait fortement soupçonner sa localisation dans la racine du mésentère.

Peut-on par les radios, déterminer si elle

est solide ou kystique, maligne ou bénigne ?

Nous pourrions dire que les fibrosarcomes, les métastases prennent la forme d'une tumeur irrégulière et bosselée, alors que le kyste est arrondi régulièrement. Nous pourrions dire que les lipomes ont une aire claire, arrondie et un volume important, avec parfois des signes de sténose des viscères creux.

En réalité, toutes ces descriptions semblent assez spécieuses ; surtout dans une région aussi fournie que celle-ci. N'importe quel organe un peu dilaté, n'importe quelle tumeur secondaire, peut donner une image de compression extrinsèque pouvant en imposer pour un kyste ou un fibrome.

C'est dire que le fait d'arriver au diagnostic de tumeur de la racine du mésentère est déjà suffisant en soi.

V - CONCLUSION

Le diagnostic clinique de kyste de la racine du mésentère est difficile.

L'apparition d'une douleur abdominale, accompagnée de vomissements est banale. C'est pourtant le mode de début le plus fréquent.

La perception de la tumeur, par le sujet lui-même oriente le diagnostic, mais elle ne survient que dans un tiers des cas environ. C'est en règle l'examen qui la met en évidence.

Néanmoins, nous insistons sur la triade caractéristique :

- Tumeur non mobile, sans contact lombaire
- Soulagement de la douleur par relachement

du psoas
. Existence de signes urinaires.

Cette triade lorsqu'elle est constatée permet le diagnostic. Elle est rare.

En fait on discute toutes les tumeurs de l'étage sus-mésocolique de l'abdomen lorsque la tumeur n'est pas suffisamment pédiculée pour plonger vers le bas. On arrive cependant, à éliminer les tumeurs digestives, mais il n'en reste pas moins que c'est la laparotomie exploratrice qui, en définitive, fait la preuve de la cause des troubles observés. Comme le dit CHATELIN "on prévoit le diagnostic, on ne l'affirme pas" (I).

EVOLUTIONS ET COMPLICATIONS

I - L'évolution, nous l'avons dit, se fait par un accroissement lent et progressif, amenant tous les incidents de compression abdominale.

Nous rappellerons, encore, les douleurs, à titre de complications, qu'elles soient de type gastrique, hépatique, appendiculaire, rénal ou génital. Ces épisodes douloureux sont d'intensité variable, déclenchés par un repas, un choc, ou par rien, parfois, liés à une ébauche de volvulus, à un tiraillement du plexus.

Nous en rapprocherons la constipation, et un cas de pseudo-dilatation aiguë gastrique, que LEE a décrit chez une malade pendant le post partum.

Dans les 10 observations rapportées, nous n'avons, bien entendu, pas rencontré toutes les complications que nous allons exposer. Néanmoins on peut considérer que les complications des kystes de la racine, et celles des kystes du mésentère sont identiques.

II - Les complications concernant le kyste proprement dit sont des complications habituelles de ce genre de tumeur.

A - L'hémorragie intrakystique n'a aucun intérêt clinique diagnostique ou thérapeutique, le seul problème qu'elle pose est celui de l'existence ou non de kystes hématiques, dont nous avons vu qu'ils sont niés actuellement par la majorité des auteurs, il en est de même pour les suffusions hémorragiques périkystiques.

B - La torsion du kyste se manifeste par une douleur aiguë, d'apparition brutale, avec altération rapide de l'état général, sans signes de choc. Elle est exceptionnelle, car ces kystes plaqués contre la paroi postérieure ont rarement un long pédicule leur permettant de se tordre.

C - L'infection intra-kystique n'est par contre pas exceptionnelle. Elle réalise un tableau de suppuration profonde, longtemps masquée, aboutissant à un état septique, avec hyperthermie, facies marqué, et est un facteur favorisant la rupture intra-péritonéale. De toutes façons, elle compromet définitivement le plan de clivage, et l'espoir d'une énucléation facile et totale pour l'avenir.

A côté de ces formes cliniques, il existe des formes infra-cliniques d'infection latente, qui sont très fréquentes, et retrouvées dans les comptes rendus histologiques post-opératoires.

D - La rupture du kyste a été bien étudiée par BARUCHA VALONSKY et ELLIASON. Elle peut survenir en dehors de toute infection du kyste. Elle donne un tableau péritonéal sthénique ou asthénique, dont la sanction chirurgicale doit être immédiate.

E - La transformation maligne a été citée par certains, du moins pour quelques kystes de la portion libre. Il est d'ailleurs parfois difficile de faire un distinguo entre kystes transformés et certains gros tératomes à potentiel évolutif important.

F - Si nous laissons, pour le dernier paragraphe, les occlusions intestinales c'est qu'il s'agit là des complications les plus fréquentes et les plus importantes.

Elles sont citées à de nombreuses reprises par la plupart des auteurs. Elles sont de plusieurs types, et peuvent réaliser des tableaux divers et parfois trompeurs. Elles peuvent procéder de plusieurs mécanismes:

1) Compression directe par le kyste, rare, il est vrai. Etalement du grêle en ruban sur la tumeur, traction par brides ou adhérences, volvulus, en rapprochant les deux pieds d'une anse jéjunale. Quant aux invaginations iléo-iléales, elles ne se voient que dans les kystes juxta-intestinaux.

2) Elles sont précoces ou tardives, mais de nombreuses observations tendent à prouver qu'elles se produisent tôt dans l'histoire de la maladie. ADAM et KOSKAS rapportent le cas d'une occlusion survenue chez un nourrisson de 18 jours, et due à un kyste du mésentère.

FRANCKEL, en 1937, rapporte une occlusion survenue chez un nourrisson de trois jours.

"L'occlusion directe, dit M. FEVRE, est surtout fréquente dans les kystes bilobés, enserrant l'intestin dans un trajet en gouttière. Cette disposition n'est pas rare et ROLLER l'a fort bien décrite, les deux lobes du kyste étreignant l'intestin comme dans une pince.

Parfois, c'est une récente hémorragie qui augmente le volume du kyste et détermine la compression intestinale".

Nous ne reviendrons pas sur les signes de l'occlusion intestinale ; qu'il nous suffise de dire que le tableau réalisé est celui d'une occlusion haute avec vomissements précoces, arrêt tardif du transit , altération rapide de l'état général. Dans ces cas, si la tumeur n'est pas connue, elle sera une découverte opératoire.

G - Les complications dues au volume des kystes sont surtout d'ordre vasculaire et rénal.

1) Les compressions de la veine porte donnent naturellement une hypertension portale celle-ci est dissociée.

Nous avons retrouvé une observation des kystes de la racine de ce genre. Nous ne l'avons pas rapportée parce que trop succincte. Le malade avait été vu pour une rectorragie. Il n'y avait ni ascite, ni circulation collatérale. Les examens de laboratoire étaient normaux, hormis la splénoportographie qui montrait une pression portale élevée à 22, bien qu'ayant un aspect vasculaire normal.

On pratique une laparotomie exploratrice au cours de laquelle on découvre un kyste situé dans la racine du mésentère.

C'est rare, la manifestation la plus fréquemment rencontrée est l'ascite, le liquide est alors à type de transsudat, avec parfois une dissociation albumino-cytologique. Une autre complication d'ordre vasculaire rencontrée, et rapportée, est l'existence d'oedème des membres inférieurs ou même de varices, par compression de la veine cave inférieure.

2) Les complications d'ordre rénal se font par compression de l'uretère droit. Sans aller jusqu'à l'hydronéphrose, il est certain que la gêne à l'écoulement de l'urine est facteur de stase et d'infection urinaire latente. Nous n'avons pas retrouvé d'observation faisant part d'une augmentation de l'urée sanguine due à la stase et à la spoliation du parenchyme rénal.

Il va sans dire que le problème étiologique d'une douleur de type urinaire, en cours d'évolution, est délicat. S'agit-il d'une simple compression et douleur des vaisseaux spermatiques ou utéro-ovariens ?.. D'une cystite vraie infectieuse par stase urinaire ?... D'une pyélonéphrite ascendante ? d'une hydronéphrose ??

L'intérêt des examens de laboratoire est ici évident.

-:-

CHAPITRE VIII

-:-

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL .

-:-

Il s'agit d'abord de faire le diagnostic de tumeur du mésentère, et donc d'éliminer les tumeurs de la partie haute de l'abdomen.

I - Les tumeurs de l'estomac, du foie, de la rate, de la vésicule biliaire (12).

Le diagnostic est souvent difficile, mais nous avons vu que la radio apportait les éléments nécessaires pour estomac et vésicule, pour foie et rate il peut être indispensable de pratiquer une laparoscopie, voire une laparotomie.

On peut être amené à discuter les tumeurs du côlon en particulier du côlon droit, et de la partie initiale du côlon transverse. Ailleurs, on devra éliminer les formes anormales de certaines maladies infectieuses, telles que la tuberculose dans sa localisation iléo-coecale.

II - Il peut, parfois se poser le problème d'une tumeur pelvienne pédiculée, à développement abdominal.

A - Le kyste ovarien : son volume augmente plus lentement, il existe des adhérences pelviennes, une asthénie progressive, la fré-

quence des compressions pelviennes est plus grande.

B - Le fibrome pédiculé utérin : existence de ménorragies, cystite concomitante fréquente, augmentation de la douleur avec les règles, variabilité du volume de la tumeur.

III - Les tumeurs des mésos

A - Et en tout premier lieu, il faudra éliminer un kyste du mésentère, problème parfois délicat lorsque le kyste est situé vers l'extrêmité droite de la racine, au niveau de l'artère iléo-coecale.

B - Les lipomes qui sont parfois très gros, localisés soit au niveau du mésentère, soit au niveau de l'épiploon.

C - Les fibromes qui sont situés surtout vers la fin de l'iléon, dérivent soit de la musculeuse intestinale, soit du mésentère lui-même. Ils donnent la sensation d'une masse arrondie ou ovalaire, ferme, parfois élastique, mobile ou non suivant sa localisation, le plus souvent unique, non fluctuante. Le diagnostic peut être parfois difficile, car, si théoriquement, le kyste est fluctuant, nous avons vu dans nos observations qu'en fait il n'en est rien.

D - Les fibrosarcomes et métastases qui sont bosselés et fixes . On doit se rappeler cependant, que si une surface bosselée est évocatrice d'un néoplasme, on peut cependant, se trouver face à un kyste multilobulé.

IV - Les tumeurs rétro-péritonéales (8)

Elles donnent généralement le contact lombaire.

A - Il pourrait s'agir d'une tumeur rénale, cancer, tuberculose, hydronéphrose rein polykystique, rein mobile. En fait, le contexte clinique est si particulier que le problème ne se pose pas.

B - Le carcome rétro-péritonéal : masse nodulaire et bosselée, profonde, avec altération de l'état général. Il est rare, et de toutes façons généralement de découverte opératoire.

C - En fait, le seul problème vraiment important est la tumeur du pancréas. Non pas tellement les cancers et tumeurs conjonctives, qu'on ne perçoit que rarement cliniquement, mais surtout le kyste du pancréas, dont le diagnostic est difficile. Les signes cliniques en sont proches avec les douleurs solaires paroxystiques et les troubles digestifs. Souvent, on perçoit la masse du kyste mais insistons sur le fait que le kyste du pancréas siège volontiers vers la queue de l'organe. Le seul caractère différentiel est peut-être l'existence du dysfonctionnement endocrinien avec hypoglycémie et des troubles de la sécrétion externe avec diarrhée.

VI - Citons, enfin, pour terminer deux diagnostics qu'il ne faut pas oublier, et qui ont entraîné des erreurs :

- la rétention d'urine,
- la grossesse.

VII - DIAGNOSTIC OPERATOIRE

Il faut d'abord s'assurer du diagnostic de kyste ce qui dans certaines formes, très inflammatoires, entourées de tissu fibreux, très vascularisé, est parfois difficile. On ne

saurait, cependant, atteindre, avec GERSTER, une certitude et il faut savoir attendre l'examen histologique de la pièce pour affirmer le diagnostic.

Dans certains cas, et en particulier, lorsque le kyste est volumineux, il peut être difficile de localiser son point d'insertion. C'est le cas également des kystes pédiculés (Obs. n° 6) où il faut penser à un kyste pelvien à développement abdominal ou le contraire.

En fait, dans les observations rapportées, le diagnostic per-opératoire est le plus souvent facile. Rappelons, cependant, que nous avons été obligé de sélectionner dans la littérature un certain nombre d'observations relatives à des kystes de la racine du mésentère et qui, en fait, s'avèrent être des kystes rétro-péritonéaux, voire des kystes pancréatiques.

-:-

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

-:-

Nous étudierons les techniques employées, leurs indications et les résultats obtenus.

I - TECHNIQUES ET INDICATIONS

On avait proposé, tout d'abord, l'aspiration du liquide kystique ; bien entendu, il s'est avéré que cette méthode était, non seulement insuffisante, mais parfois même dangereuse, car exposant trop aux risques de surinfection, de rupture. En outre, l'amélioration n'était que transitoire (14).

Tout le monde s'accorde, actuellement, pour penser que le seul traitement est chirurgical. Toutefois, s'il est relativement aisé, dans la plupart des cas, d'énucléer un kyste de la bordure intestinale, malgré le risque vasculaire, il n'en est pas de même pour les kystes de la racine. Nous avons vu, en effet, que la disposition anatomique et la quasi-constance de l'infection péri-kystique rendaient malaisée une énucléation totale de la tumeur.

Il est également, un certain nombre de principes valables pour les différents types d'intervention que nous allons envisager.

Il est important de pratiquer une hémostase soigneuse pour éviter un saignement post-opératoire dans l'épaisseur des deux feuillets du méso ; saignement qui serait à l'origine d'un hématome enkysté. Il faut également éviter une blessure des vaisseaux chylifères, pour prévenir l'éventuelle réapparition du kyste.

Par contre, on peut laisser en place une portion de membrane sans craindre la récidive.

L'énucléation de la masse kystique serait idéale, mais la situation dans la racine du mésentère, entraîne un risque de blessure des vaisseaux mésentériques, qui est grave. Notons qu'une énucléation risque d'être faite au détriment d'une énervation importante, laquelle a une influence certaine sur l'avenir fonctionnel intestinal (I). C'est pourquoi on préfère s'adresser à la résection partielle, elle laisse en place le segment de la poche qui est en contact avec les vaisseaux postérieurs. Cela n'a aucune conséquence ultérieure certains ont même proposé l'alcoolisation du segment restant, mais en fait cette technique n'apporte rien de plus.

La marsupialisation est pour certains, l'indication de choix pour ce genre de kyste. Certes, elle risque de laisser une fistule prolongée, un écoulement parfois abondant de liquide, une éventration constante. En fait, nous avons vu, grâce à nos observations, que les deux premières objections ne sont que de principe , le flux liquidien n'avait pas dépassé, dans ce cas, 175 cc et n'a duré que cinq jours. La seule séquelle vraiment importante serait l'éventration ; du moins obligerait-elle à une intervention plastique de second temps?

II - Les interventions pratiquées dans les 10 observations rapportées se répartissent comme suit :

. une résection partielle (pratiquement totale d'ailleurs, mais gênée par l'adhérence intime au pancréas - Obs. n° 1) avec un bon résultat ;

. deux marsupialisations (obs. 4 et 5). Tous les résultats sont bons ;

. sept énucléations : dont trois résultats non rapportés et quatre bons.

On ne peut tirer de conclusions, vu le petit nombre de cas observés. On peut cependant dire que l'énucléation semble rester le moyen de choix employé par les chirurgiens dans tous les cas possibles et que le risque opératoire n'est pas plus importante dans les kystes de la racine, que dans ceux du mésentère. BLONDEAU cite, en effet, 25 à 40 p. cent de succès pour l'énucléation avant guerre. Il rapporte, en outre, pour la marsupialisation, le pourcentage de décès de :

. BRISMADE 4 p. cent
. COQQANS 7 p. cent
. ARCKION 9 p. cent

Enfin, GERSTER donne les chiffres de succès suivants :

. Kystectomie sans résection 9 p. cent
. Kystectomie avec résection 25 à 30 p. cent
. Marsupialisation 16 p. cent.

On voit donc que ces chiffres sont comparables avec ceux que nous rapportons pour les interventions pratiquées sur des kystes de la racine.

Quant à l'aspiration du contenu, c'est une méthode abandonnée, qui, sans avoir d'influence thérapeutique, risque, en outre, de surinfecter le kyste.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

A propos d'une observation de kyste dermoïde de la racine du mésentère, que notre Maître, Monsieur le Professeur Charles DEBRAY, a bien voulu nous confier, nous avons fait une étude des kystes de la radine du mésentère.

Ceux-ci sont exceptionnels. Sur 500 cas publiés depuis 1507, nous n'avons relevé, en effet que 9 observations de kystes de la racine. Ne sont inclus dans cette étude que les kystes situés en avant du pancréas et au dessus de la racine "définitive" du mésentère.

Cliniquement le tableau est polymorphe : la douleur de siège variable, accompagnée de vomissements est le signe le plus constant. Mais, parfois, le malade consulte pour l'apparition rapide d'une tuméfaction profonde de siège sus-ombilical. Dans deux cas sur neuf, une triade assez particulière à étudier est relevée :

- perception d'une tumeur non mobile, ne donnant pas le contact lombaire,
- soulagement de la douleur par relachement du psoas droit,
- existence de signes urinaires,

ces deux derniers signes étant dus à la compression du psoas droit, des vaisseaux utéro-

ovariens ou spermatiques et de l'uretère droits.

La radiographie reste l'examen de choix pour faire le diagnostic. Parfois, à l'examen direct, plus souvent après préparation, en multipliant les examens, en employant le radio-cinéma, elle montre la tumeur arrondie, sa taille, son siège ; elle vérifie l'intégrité des viscères avoisinants ; elle objective les troubles de compression du troisième duodénum et la stase jéjunale.

Le kyste est longtemps bien toléré. La plus grave des complications est l'occlusion intestinale ; plus connue chez le jeune enfant, réalisant une occlusion haute. Cependant sa fréquence est moins importante que dans les kystes du mésentère proprement dit.

Le traitement est chirurgical. La méthode de choix est l'énucléation quand elle est possible. La résection partielle est réservée aux kystes adhérant trop aux organes importants ; la marsupialisation, aux sujets à l'état général mauvais (malades âgés, formes compliquées).

C'est seulement l'histologiste qui sera à même, difficilement, d'ailleurs, de reconnaître les trois formes :

. lymphangiome kystique,
. entérokystome,
. dysembryome.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : Ch. DEBRAY

Vu :
Le Doyen :
Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

1 - BLONDEAU Ph
Tumeurs du mésentère
E.M.C. Intestins 9049 A 10

2 - BEHARS J.
Chylangioma of abdomen
Proc. Staff. Mett. Mayo-Clin.
22 - 297/304, 23.7.1947

3 - GOLDITZ A
Lymphangiosum cavernosum radix mesenterii
Zentralb. Chir. 76, 1530/1534
1951

4 - GERSTER J.
Retroperitoeals lymphocysts
Ann. Surg. 110 389 1939

5 - LEE
Experimental test on the cysts of mesenter and report of an observation
Arch. Surg. 44 61 1942

6 - BRAQUEHAVE M.
Arch. Gen. Med. 1892 II 291 et 572

7 - TUFFIER P.
Bull. et Mem. Soc. Chir. Paris
1892, 18 582

8 - FOUCHER A.
Thèse Paris 1949. Dactyl. n° 409 (63 p.). Des kystes du mésentère

9 - KONE A.
Thèse Paris 1958 (Impr. n° 750 (71 p)
A propos des kystes du mésentère de l'enfant

10 - POYETON J.P.
Thèse Paris 1948 - Dactylogr. n° 150 (48 p.)
Des tumeurs du mésentère

11 - VIDAL J.
Thèse Paris 1947 - Dactylogr. n° 265 (69 p.)
Les kystes du mésentère

12 - VIDAL M.P.
Thèse Paris 1955 - Dactylogr. n° 52 -(29 p.)
Contribution à l'étude des kystes lymphoïdes du mésentère

13 - ATUCHA J.
Kystes du mésentère
A.M.A.D. Oct. 59-48, n° 10 1248 1250

14 - LORD Jr
Mesenterics cysts, litterature review and report of an anusual case
Am. J. Surg. Juin 60 - 99 n° 6, 878-884

15 - AUBRESPY P., PELISSIER M. et JAMES F.
Kystes mésentériques visibles à l'examen radiologique
P.M. 8 mars 52 60, n° 16

16 - AUBRESPY P., PELISSIER M. et JAMES F.
Kystes mésentériques invisibles à

l'examen radiologique
J. Radiol. Electrol. 1952 33, n° 7 et 8, 460 - 1 fig.

17 - DAUMERIE L.
A propos d'un kyste du mésentère
Acta Gast. Entérol. Belgica Mai 46 9 264-247

18 - ESTRADE M.
Kyste entéroïde du mésentère à forme occlusive chez un nourrisson
P.M. IO Mai 52-60, n° 32, 702

19 - MAYER C.
Considérations sur le diagnostic et le traitement des kystes du mésentère
Acta Chirurg. Belgica Janv. 54 53 n° I, 124 127

20 - FREDELL Ch
Cysts of mesenter
Arch. Surg. av.60 80 n° 4 591/592

21 - GROSS et WEYER
Clinica mesenterii tumoris
Langenbecks Arch. Klin Chir. 1954 278 n° 5 425/433

22 - PAUL M.
Mesenterics cysts
Brit. J. Surg. Janv. 48 35 n° I39 308/311

23 - STEMM A.
Kystes mésentériques importants
Geburtsch. frauenh Jan 57 17 n° I 72/80

24 - SMOLER F.
Zur Kagnist. von mesenterik kyst
Prouns Beitrz. Klin Chir. 32 295 190I/I902

25 - SARMEY J.
Ein retroperitoneal kyst in einem 18 jahrealk Fraulein
Zentralb. f. Gyn. 22I 407 1898

26 - VON HIPPEL G.
Kystes retroperitonéaux et pancréatiques
Arch. f. Klin. Chir. 88 IOI4 - I909

27 - SCARPELLINI L.
A propos du diagnostic radiologique des tumeurs du mésentère
A.M.A.D. Nov. I952 41 n° II, III7 II24 5 fig. Bibliogr.

-:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

-:-